



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM
DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA**

Humberto Carlos de Carvalho Ferreira

Orientação: Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação Relatório de Estágio*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM
DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA**

Humberto Carlos de Carvalho Ferreira

Orientação: Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação Relatório de
Estágio*

Relatório de Estágio

Portalegre, 202

**CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEGLUTIÇÃO
COMPROMETIDA**

Humberto Carlos de Carvalho Ferreira

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professor Doutor Luís Sousa

Orientador: Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Novembro, 2020

*“O Cuidado enquanto essência anima os cinco sentidos, ilumina o olhar, convida à
serenidade, ressuscita a esperança”*

(Walter Hesbeen)

AGRADECIMENTOS

Como tudo na nossa vida, todas as nossas decisões, conquistas e honras nunca se devem só ao esforço de uma pessoa só. Ao longo deste percurso várias foram as pessoas que fizeram com que fosse menos doloroso este processo e que me fizeram acreditar que era possível todo este compromisso.

Quero agradecer à Enfermeira Especialista Elisabeth Sousa, pela sua orientação, disponibilidade e amizade e por todos os momentos vividos e experiências enriquecedoras

Ao Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira pela orientação, supervisão pedagógica e pronta disponibilidade neste Estágio Final.

Aos utentes e familiares que acompanhei durante a prática clínica e com quem partilhei experiências e que me ajudaram a evoluir enquanto pessoa e profissional de saúde.

Aos profissionais das equipas de saúde com quem me cruzei e que sempre se mostraram disponíveis neste processo de ensino-aprendizagem, em particular à Enfermeira Mestre e Especialista Ludmila Pierdevara, pela amizade, disponibilidade, incentivo e apoio incondicional e a sua grande importância na concretização deste trabalho.

Aos grandes pilares da minha vida, os meus pais que serão sempre as pessoas mais importantes da minha vida no apoio incondicional em todos os meus projetos e decisões de vida independentemente do seu desfecho. Aos meus irmãos, também estiveram sempre neste processo.

O maior agradecimento ao meu equilíbrio diário e à pessoa que me mostra todos os dias que por mais difíceis que sejam os caminhos, as conquistas serão sempre maiores no final. Aquela pessoa que sempre me fez acreditar que era possível este compromisso pessoal, profissional e académico. A minha companheira de todas as batalhas. O meu grande obrigado à Alexandra enquanto pessoa, namorada e profissional que todos os dias me faz crescer enquanto profissional, como homem e enquanto pessoa.

A todas estas pessoas mencionadas um grande bem-haja.

RESUMO

Portugal atualmente apresenta uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens, sendo que 21% de portugueses apresentam 65 ou mais anos.

O envelhecimento humano, implica mudanças estruturais, funcionais e neuronais, com comprometimento de órgãos e funções, nomeadamente a deglutição, exigindo a adequação de padrões anteriormente adquiridos para não comprometer a qualidade de vida.

Este relatório pretende descrever e avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação na qualidade de vida da pessoa idosa com AVC e com disfagia, numa Unidade de Cuidados Prolongados. A população em estudo foi composta por trinta pessoas e os instrumentos de avaliação utilizados foram o Questionário SWAL-QOL e o Questionário SWAL-CARE, de modo a avaliar a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados específicos realizados pelo enfermeiro de reabilitação.

Após a implementação dos programas individualizados de Enfermagem de Reabilitação, aferimos que os resultados obtidos refletem uma melhoria significativa da qualidade de vida da população em estudo e da satisfação da pessoa face aos cuidados especializados.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Disfagia; Qualidade de Vida; Satisfação.

ABSTRACT

Contribution of Rehabilitation Nursing in Assessing the Quality of Life of Elderly People with swallowing problem

Portugal currently has an aging population, with more elderly than young people, with 21% of Portuguese being 65 or older. Human aging implies structural, functional, and neuronal changes, with impairment of organs and functions, namely swallowing, requiring the adaptation of previously acquired standards so as not to compromise quality of life.

This report intends to describe and evaluate the effectiveness of rehabilitation nursing interventions on the quality of life of the elderly with stroke and dysphagia, in an Extended Care Unit. The study population consisted of thirty people and the assessment instruments used were the SWAL-QOL Questionnaire and the SWAL-CARE Questionnaire, in order to assess the person's satisfaction with the specific care provided by the rehabilitation nurse.

After the implementation of individualized Rehabilitation Nursing programs, we found that the results obtained reflect a significant improvement in the quality of life of the study population and in the person's satisfaction with specialized care.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Dysphagia; Quality of life; Satisfaction

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Estruturas Anatômicas Envolvidas na Deglutição.....	51
Tabela 2 Nervos Cranianos envolvidos na deglutição.....	52
Tabela 3 Exercícios amplitude de movimento e resistência muscular das estruturas anatómicas da deglutição.....	59
Tabela 4 N° de utentes com adaptação da consistência/textura dos alimentos, antes e após as intervenções de ER.....	71
Tabela 5 N° de utentes com adaptação da consistência de líquidos, antes e após as intervenções de ER.....	72
Tabela 6 N° de utentes na consideração do seu estado de saúde geral.....	72
Tabela 7 Distribuição da normalidade da amostra	74
Tabela 8 As propriedades estatísticas da aplicação do SWAL-CARE e SWAL-QOL	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Frequência absoluta do grau cognitivo das pessoas participantes no estudo	65
Figura 2 Pontuação do Mini Mental State Examination	66
Figura 3 Avaliação da deglutição	67
Figura 4 Resultados da avaliação da GUSS antes e após as intervenções de ER	69
Figura 5 Resultados individuais da avaliação do SWAL-QOL antes e após as intervenções do ER	70
Figura 6 Média dos Resultados do SWAL-QOL antes e após as intervenções do ER.....	70
Figura 7 Resultados individuais da avaliação do SWAL-CARE antes e após as intervenções do ER	73
Figura 8 Média dos Resultados do SWAL-CARE antes e após as intervenções de ER	74
Figura 9 Comparação dos resultados SWAL-CARE e SWAL-QOL antes e após a intervenção da ER	75
Figura 10 Regressão de resíduos padronizados	76
Figura 11 Regressão de dispersão das variáveis correlacionais.	76

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diárias

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

ER- Enfermagem de Reabilitação

ECG - Escala de Coma de Glasgow

FAI - Frenchay Activity index

GUSS - Gugging Swallowing Screen Scale

MMSE - Mini Mental State Examination

MIF – Medida de Independência Funcional

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

QV - Qualidade de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SWAL-QOL - Swallowing Quality of Life questionnaire

SWAL-CARE - Quality of Care in Swallowing Disorders

UPP - Úlceras por Pressão

ÍNDICE

Introdução.....	11
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	14
2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	18
2.1 O Centro Hospitalar Universitário de São João	18
2.2 A Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina - Polo de Valongo	19
2.3 Análise e Caracterização Geral da População/Utentes.....	21
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	23
3.1 Contextualização do Utente com AVC	25
3.2 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Utente com AVC.....	28
4. A ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA	38
5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	41
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL – CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA.....	44
6.1 Fundamentação das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	44
6.1.1 Anamnese e Exame Físico	45
6.1.2 A avaliação da deglutição	50
6.1.3 Avaliação do núcleo familiar/cuidador	55
6.1.4 Reeducação Funcional da Deglutição	56
6.2 METODOLOGIA	61
6.1.1 Resultados e Discussão	65
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	78
7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	78
7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	82
Conclusão	87
BIBLIOGRAFIA.....	90

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 Plano de Cuidados Individualizado	125
APÊNDICE 2 Folheto - Cuidados à Pessoa com Alterações da Deglutição.....	156
APÊNDICE 3 Projeto de Intervenção Profissional	159
APÊNDICE 4 Resumo do Artigo	183

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Gugging Swallowing Screen	102
ANEXO 2 Questionário Quality of Life in Swallowing Disorders.....	105
ANEXO 3 Fluxograma de Rastreio da Disfagia	111
ANEXO 4 Questionário Quality of Care in Swallowing Disorders.....	113
ANEXO 5 Autorização da utilização da Escala GUSS.....	116
ANEXO 6 Autorização da utilização dos Questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE.....	118
ANEXO 7 Consentimento Informado	120
ANEXO 8 Comunicação Livre - “Contributo da GUSS e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Pneumonia de Aspiração”	122

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado e de Especialização em Enfermagem de Reabilitação foi preconizado para desenvolver competências na área de Enfermagem de Reabilitação, nos domínios científico, técnico, humano e cultural, na investigação em enfermagem, na formação em contextos de trabalho, na gestão e desenvolvimento da qualidade em saúde.

A formação especializada em Enfermagem de Reabilitação visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica, desenvolver a capacidade criativa e ministrar conhecimentos de elevado nível de exigência qualitativa, com vista, ao desempenho e desenvolvimento profissional.

Sendo este o Estágio Final, o último estadió do nosso processo ensino-aprendizagem, enquanto estudante do Curso de Mestrado e de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi essencial tornar-nos ativos, responsáveis e autónomos na prestação de cuidados de enfermagem a utentes e suas famílias que necessitaram de Cuidados de Reabilitação. O período teórico e a articulação com a equipa multidisciplinar, permitiram-nos o desenvolvimento e mobilização de conhecimentos teóricos e práticos aquando da nossa atuação durante o respetivo período de prática clínica. Deste modo, ao articular harmoniosamente os objetivos gerais com as necessidades de aprendizagem, estamos convictos que realizamos todas as intervenções de uma forma responsável, nunca colocando em risco a integridade das pessoas afetadas, mantendo uma postura ética, crítica e reflexiva.

De acordo com o presente período prático e na sequência do solicitado no planeamento da Unidade Curricular referente ao Relatório, no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S. João, Polo de Valongo, no período de 04 de novembro 2019 a 24 de janeiro de 2020, com 388 horas de contacto, foi realizado inicialmente um Projeto de Intervenção Profissional de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação, cujo tema foi o *“Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com compromisso da Deglutição”*. Este tema manteve-se até a realização deste Relatório de Estágio.

Portanto, o presente Relatório tem como base a aprendizagem realizada, os objetivos definidos e uma análise crítica das competências adquiridas. Deste modo, ao existir uma articulação entre os intervenientes no processo ensino aprendizagem (estudante, a equipa, tutor e docente responsável), podemos responder às nossas necessidades de aprendizagem, sendo que a evolução do saber, aliada à complexidade das necessidades de cuidados específicos, conduz à emergência da necessidade de paradigma formativo, contínuo, de forma a adequar, de um modo eficaz, as competências a essas exigências (Gomes, 2008).

A escolha deste tema, vem ao encontro da continuidade de trabalhos já realizados na área da disfagia, porque uma vez já implementadas ferramentas para identificar o grau de severidade, tornou-se importante aplicar outro instrumento que permite identificar a qualidade de vida das pessoas com disfagia, não só o impacto e o transtorno que representa no seu quotidiano face à deglutição comprometida, como também na monitorização dos programas de intervenção de enfermagem de reabilitação.

A disfagia causa limitações ou restrições nas atividades de vida, pelas limitações funcionais e complicações importantes, interferindo com a qualidade de vida em vários aspetos como a parte emocional, físico e sociocultural (Vieira & Antunes, 2017).

Com o objetivo de percebermos a satisfação da pessoa face às intervenções/cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, aplicamos outro instrumento de avaliação.

Quanto à escolha do campo de estágio surgiu devido à característica do serviço, por se enquadrar na qualidade dos cuidados especializados que são prestados e, irem ao encontro às nossas necessidades de aprendizagem enquanto estudante para adquirir o grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Ora, toda a nossa praxis clínica teve em linha de consideração a exigência na especificidade, rigor e conhecimentos técnico-científicos, baseados na evidência, tendo como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida do utente e familiar/cuidador, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2011).

Este trabalho, encontra-se dividido em sete capítulos, exceto a introdução e a conclusão, pelo que no primeiro capítulo é feita uma apreciação do contexto do estágio, o segundo capítulo caracterização do ambiente de realização do estágio, nomeadamente as características do ambiente onde foi realizado o Estágio Final e, uma análise e caracterização geral da

população/utentes. No terceiro capítulo é realizada a análise da produção de cuidados, onde contemplado uma contextualização da pessoa com AVC e as intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com AVC, com as respetivas atividades/ intervenções, devidamente fundamentadas com recurso a bibliografia pertinente e específica destas áreas de intervenção. O quarto capítulo refere-se à alteração da deglutição e qualidade de vida. O quinto contempla a definição dos objetivos, sendo que o sexto capítulo se centra no projeto de intervenção profissional desenvolvido, envolvendo uma fundamentação específica das intervenções da enfermagem de reabilitação na área da disfagia, com a inclusão dos procedimentos metodológicos utilizados, resultados e discussão dos dados. No sétimo capítulo realiza-se uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, nomeadamente a mobilização e aquisição das competências ao longo do Estágio Final. As referências bibliográficas, anexos e apêndices encontram-se no final deste trabalho.

A norma de referenciação bibliográfica segue as regras preconizadas pela APA (*American Psychological Association*) - 6ª Edição e, o texto é redigido segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

O aumento da esperança média de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e o acesso a cuidados de saúde atempados e adequados traduziram ao longo dos anos ganhos na saúde dos países desenvolvidos. Portugal não é exceção, sendo que a esperança de vida é de 81,3 anos de idades, segundo dados da OCDE, e de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), o número de portugueses com mais de 75 anos é superior a 1 milhão (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018).

Este aumento na longevidade tem como consequência um aumento de utentes com doenças crónicas, que pelo seu impacto a nível socioeconómico e na qualidade de vida da pessoa, se apresentam como um grave problema de saúde pública.

No que concerne à deglutição a idade avançada, género masculino, institucionalização, a alteração da função cognitiva, alimentação por sonda, deficiências neuromusculares, Acidente Vascular Cerebral (AVC), prevalência de doenças associadas e polimedicação são alguns fatores de risco associados à disfagia (Park et al., 2013).

No entanto, cada pessoa tem o seu ritmo de envelhecimento, estando este relacionado com o seu estilo de vida, o seu estado de espírito, entre outros fatores. Para Olchik, A. (2016) o envelhecimento caracteriza-se por um processo biológico que ocorre naturalmente em todos os seres humanos, o que leva a degeneração lenta de estruturas que compõem o organismo. Neste processo ocorrem mudanças não apenas físicas, mas também fisiológicas, psicológicas e sociais, que se podem manifestar de formas diferentes de pessoa para pessoa, levando a alterações no funcionamento do organismo.

Segundo Ferreira (2017), o envelhecimento humano, por implicar mudanças estruturais, funcionais e neurais pode comprometer órgãos e funções, exigindo a adequação de padrões anteriormente adquiridos. Uma das funções atingidas é, então, a função da deglutição, pela forma como exige a integridade de estruturas interdependentes, por envolver ações neuromusculares e depender de um mecanismo que dirige o bolo alimentar de forma segura ao estômago, impedindo que se desloca erradamente para as vias aéreas. Por conseguinte, estas afeções afetam a vida da pessoa direta e indiretamente, o que leva a complicações não só de origem biológica, mas também psicológica e social (Bomfim, et al., 2015).

Paralelamente aos problemas relacionados com a saúde da pessoa podemos relacionar com a sua Qualidade de Vida (QV). Tal como o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças, a qualidade de vida está intimamente relacionada com o estado de saúde da pessoa (Gaspar, et al., 2015).

Bastos (2014) refere que a disfagia pode resultar numa redução da qualidade de vida dos utentes internados e em casos extremos levar à morte. Desta forma torna-se de extrema importância a deteção precoce de casos de disfagia, por risco de complicações associadas. Segundo Ferreira (2017), a evidência científica defende que a deteção precoce da disfagia reduz complicações e os custos globais de saúde.

Neste âmbito a enfermagem ocupa um papel de destaque na equipa multidisciplinar na deteção de alterações no estado da pessoa (OE, 2015). Os enfermeiros generalistas cuidam de pessoas internadas com diferentes patologias que podem causar disfagia. Estes participam e supervisionam a alimentação dos utentes, tal função é fundamental para a identificação precoce da disfagia e para a sua reabilitação. Estes, ao estarem em contacto direto com o utente, podem intervir também a nível da promoção da qualidade de vida dos utentes com tal diagnóstico (Ferreira, 2017). Deste modo, é fundamental que o enfermeiro realize uma correta avaliação do utente, uma vez que cabe ao enfermeiro centrar-se no cuidado à pessoa que durante a sua vida vê-se confrontado com vivências que o colocam em situações de risco para a saúde.

A autora Ferreira (2017), afirma que a alimentação tem elevada importância para o ser humano, não só por permitir a manutenção da vida, mas também por ter elevado peso nas relações sociais e culturais, os cuidados de enfermagem planeados e aplicados aos utentes internados com disfagia, têm como objetivo não só prevenir complicações, mas também promover estratégias de reabilitação e adaptação funcional que promovam a QV da pessoa. Nesta linha de pensamento, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental dado que tem como missão de garantir a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (OE, 2011a). Cabe, portanto, ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolver um modelo de intervenção para a prevenção de complicações provenientes da disfagia, começando por avaliar precocemente os riscos potenciais, já que se torna fundamental para o prognóstico e reabilitação, e direcionar intervenções terapêuticas

apropriadas, com vista a estabelecer a alimentação por via oral precoce e segura, e, contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Nesta ótica é primordial avaliar precocemente o risco de disfagia, com a aplicação da Escala *The Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (ANEXO 1). Trata-se de um instrumento validado do ponto de vista cultural e linguístico para o contexto português, é de fácil de aplicação, método não invasivo, permite uma classificação graduada com avaliações separadas para alimentações líquidas e não líquidas, com início em texturas não líquidas e, pode ser aplicada pelos enfermeiros generalistas, não carecendo de especialização nesta área (Ferreira, 2017).

Com a deteção precoce das alterações na deglutição permite não só reduzir possíveis complicações associadas à disfagia, como também conduzir à implementação de intervenções de reabilitação (OE, 2011a).

Uma vez identificadas as pessoas com risco de disfagia, torna-se importante avaliar a QV, dado que estas pessoas têm a tendência de evitar a socialização pelo isolamento social com impacto do ponto de vista psicológico e familiar (Beckert, 2010).

É nesta perspetiva que a enfermagem de reabilitação tem presente a capacitação da pessoa com deficiência com vista à sua reinserção e exercício da cidadania (OE, 2015). Torna-se, portanto, crucial aplicar outros instrumentos direcionados para a QV. Neste âmbito, a ferramenta mais utilizada para avaliar a pessoa com disfagia, segundo a revisão da literatura foi o questionário *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL) (ANEXO 2), por ser um instrumento que permite avaliar os sintomas específicos associados à severidade da disfagia (Beckert, 2010; Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015; Lahtinen, 2019; Printza, 2020).

Dentro do que são as suas competências específicas, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação considera que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve conceber, implementar e monitorizar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem uma tomada de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2011a).

O enfermeiro de reabilitação é capaz de mobilizar todos os conhecimentos adquiridos, tanto a nível de anatomia como fisiopatologia dos diferentes sistemas, para conseguir delinear intervenções adequadas e que reflitam ganhos para o utente. De facto, ao longo da prática clínica, esses conhecimentos foram mobilizados, através de questões realizadas pelos enfermeiros tutores, que promoveram a reflexão desses conhecimentos, para posteriormente, traçar um plano de cuidados em conformidade com as necessidades reais e potenciais do utente.

De um modo geral, a realização dos ensinos clínicos permitiu adquirir competências e dar resposta aos objetivos gerais e específicos delineados para este período de prática clínica, desenvolvendo intervenções planeadas no âmbito da enfermagem de reabilitação.

2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Importa referirmos uma caracterização da instituição onde decorreu o Estágio Final, a Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina CHUSJ, Polo de Valongo, no período de 04 de novembro de 2019 a 24 de janeiro de 2020, perfazendo 388 horas de contacto.

2.1 O Centro Hospitalar Universitário de São João

Em geral, é nas instituições de saúde que o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humano/relacionais se dilata e concretiza.

O Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) está localizado na cidade do Porto, presta assistência direta a população do concelho do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar), e também aos concelhos da Maia e Valongo.

Trata-se, portanto, de uma Unidade Hospitalar, representada por uma pessoa coletiva de direito público com a natureza de entidade pública empresarial, com capacidade autónoma, administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, tendo sido criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março (Repositório Comum, 2014).

Presta cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ao prestar uma panóplia de serviços de saúde, o setor de atividade a que pertence é ao sector terciário, neste caso à área da Saúde e também atividades de serviço social.

Esta Unidade Hospitalar disponibiliza vários serviços, uns relacionados com a prática clínica, direta de cuidados e outros não clínicos, que passamos a discriminar:

✓ Serviços médicos especializados e cirúrgicos

Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Reconstrução e Maxilo-Facial Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular Cuidados Intensivos, Cuidados Intensivos de Pediatria, Cuidados Paliativos, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia, Estomatologia, Gastreenterologia,

Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Neurofisiologia, Neurologia, Neurorradiologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria Médica, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Radioterapia, Reumatologia, Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urologia.

✓ Outras áreas clínicas

Gabinete de Coordenação de Colheitas e Transplantação; Genética Humana e o Grupo de Patologia Mamária.

✓ Serviços não clínicos

Auditor Interno, Centro de Ambulatório, Centro de Formação, Centro de Investigação, Comunicação e Marketing, Relações Externas e Saúde Internacional, Serviço de Administração, Serviço de Aprovisionamento, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviço de Humanização, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão Serviço de Qualidade Operativa, Serviço de Sistemas de Informação Serviço Religioso, Serviços Farmacêuticos Serviços Financeiros e a Unidade Integrada de Gestão do Processo Documental.

Mais recentemente o CHUSJ, aumentou a sua capacidade de resposta pela criação de outras valências clínicas, em Valongo. Destas distam-se a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação; a Unidade de diálise e na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina.

A visão funcional e filosofia do CHUSJ, passa por atingir o nível mais elevado de resultados, afirmando-se como *primus inter pares*, através de um processo de melhoria contínua da qualidade e da humanização, no cumprimento integral da sua missão, valores e objetivos.

2.2 A Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina - Polo de Valongo

A Unidade de Internamento de Cuidados Prolongados/ Medicina encontra-se localizada em Valongo, Pólo de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo) e, faz parte integrante do CHSJ.

Esta instituição é tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com níveis de competência elevados, com excelência e rigor. Prioriza a formação académica, pré e pós-graduada e a investigação, tendo por matriz o princípio da humanização e promover o orgulho e sentido de pertença de toda a equipa multidisciplinar (Repositório Comum, 2014).

A Unidade de Internamento de Cuidados Prolongados/ Medicina tem capacidade para 24 utentes no piso 4, e para 11 utentes no piso 3.

Quanto aos profissionais integrados na equipa de saúde, fazem parte o médico Fisiatra, Enfermeiros generalistas e Especialistas, Terapeutas da fala, Fisioterapeutas, Assistente Social e Psicóloga. Em específico, a equipa de enfermagem é constituída por 27 enfermeiros, incluindo a Sr.^a Enfermeira Chefe e duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

O método de trabalho aplicado é do enfermeiro responsável, a cada enfermeiro é atribuído um determinado número de utentes segundo a sua classificação, através do Sistema de Classificação de Utentes, onde são contabilizadas as horas de cuidados necessários por cada utente. Já as enfermeiras de reabilitação, cada uma fica com uma parte do internamento, ou seja, é dividido o número de utentes internados por dois.

Do ponto de vista de recursos físicos, em concreto o material de apoio para o exercício da prática clínica diária da enfermagem de reabilitação, destacamos, o espessante, copos com adaptados, espirómetro de incentivo de fluxo, canadianas, andarilhos, faixas elásticas, pesos em formato de saco de areia, bastão, talas de *Margaret-Johnstone*, ciclo ergómetro, materiais de diferentes texturas e formas para estimular a proprioceção e preensão palmar, cadeiras de rodas consoante a sua situação clínica, casas-de-banho adaptadas, e cadeiras sanitárias também adaptadas consoante a situação da pessoa.

Esta é uma Unidade em que as enfermeiras de reabilitação são solicitadas constantemente pela equipa médica e de enfermagem relativamente ao programa de reabilitação, nomeadamente a reeducação funcional da deglutição, reabilitação respiratória e motora, o que significa que o trabalho diferenciado é reconhecido e valorizado, o que contribui massivamente para conferir visibilidade à Enfermagem de Reabilitação.

2.3 Análise e Caracterização Geral da População/Utentes

A Unidade de Internamento de Cuidados Prolongados/ Medicina está reservada para internamento de utentes não agudos, a aguardar colocação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Quanto ao perfil dos utentes internados apresentam uma média de idades superiores a 70 anos e um grau de dependência na satisfação das suas atividades de vida diárias moderado a elevado. O motivo do internamento neste Serviço são essencialmente utentes com lesões neurológicas cerebrais, nomeadamente o Acidente Vascular Cerebral (AVC), e tem como objetivo uma continuidade de cuidados diferenciados enquanto aguardam o ingresso para unidades de cuidados continuados. Portanto, os cuidados prestados neste Serviço são essencialmente a utentes na fase adulta/idosos do seu ciclo vital. Este cenário vai mais uma vez ao encontro do contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da nossa população dos quais se refletem no estado da sua saúde, com especial destaque para o aumento significativo de doenças crónicas.

Segundo fonte do Ministério da saúde (2018), Portugal apresenta uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a residir no país, sendo 21% dos portugueses com 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15 anos. Com 75 ou mais anos, são cerca de um milhão as pessoas.

Neste contexto o enfermeiro de reabilitação apresenta um papel bastante ativo, pois assume um papel principal na instrução dos utentes e cuidador sobre ações que este deverá levar a cabo a fim de minimizar complicações que podem surgir no futuro. Na maioria dos casos, as questões da inatividade/imobilidade do utente assumem um enorme relevo, podendo, no entanto, ser dada ênfase a outras questões, como por exemplo comprometimento da deglutição, como a disfagia a líquidos e que posteriormente, poderão vir a culminar numa complicação respiratória, provável pneumonia de aspiração. Deste modo, o enfermeiro de reabilitação embora inserido numa “passagem” de uma situação aguda para uma situação “crónica”, apresenta uma atuação na vertente preventiva e de promoção de saúde, dirigindo o seu campo de ação para os problemas potenciais. A aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença tem de ser uma prioridade, já que uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva (Ministério da saúde, 2018).

Além do que, Afonso (2007) alerta que a atitude dos profissionais de saúde pode ou não favorecer a cronicidade, assim como a sociedade e a cultura onde o utente se insere. A doença crónica, como já referido, implica a continuidade de cuidados, pelo que tem que ser analisada detalhadamente pelos profissionais, para que se contrariem os resultados obtidos até este momento. Atualmente, os utentes com múltiplas necessidades, por dependência e por se encontrarem em situações vulneráveis têm acesso a cuidados continuados, disponibilizados de forma contínua, permitindo aos profissionais realizar diagnósticos adequados, pois encontram-se munidos de informação mais correta e completa. Sendo que o apoio é transversal a diferentes áreas, seja ele no plano público, privado e social (Santos & Rasgado, 2010).

Nesta Unidade de Internamento, também o cuidador passa a ser alvo de um processo de transição com adaptação a um novo papel – cuidador informal, em que o foco de atenção dos profissionais de saúde, nomeadamente, do enfermeiro de reabilitação, organiza e adapta os cuidados especializados, desde o momento da situação aguda até aos cuidados continuados e o seu regresso a casa, pelo que é essencial incluir o cuidador nos cuidados conduzindo-a a uma situação de bem-estar e de equilíbrio (Petronilho, 2007).

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A reabilitação caracteriza-se por ser um processo global e contínuo, e, o enfermeiro de reabilitação como elemento da equipa de reabilitação promove estratégias de adaptação e desenvolvimento de competências e habilidades, envolve-se perante as especificidades das situações, na perspetiva do encontro e do acompanhamento, construída em espaços de partilha, alicerçados em momentos significativos, e de valorização das “pequenas coisas” (Hoeman, 2011).

Neste enfoque podemos considerar que a enfermagem de reabilitação visa a criação de estratégias promotoras da saúde, prevenção de complicações mantendo as capacidades funcionais, defendendo acima de tudo o direito do utente à qualidade de vida e à dignidade como pessoa. Nesta linha de pensamento, é importante ter em consideração uma ação proativa, na identificação e gestão dos potenciais riscos e na implementação de ações de melhoria da segurança do utente e da gestão do risco a longo termo. Esta premissa, permite assim, a criação de metodologias e ferramentas de melhoria de segurança e envolver grupos profissionais responsáveis de prestação de cuidados de saúde em ações interventivas, preventivas e promocionais da saúde.

Considerando todos estes aspetos, e no sentido da melhoria da prestação dos cuidados e segurança do utente que tem como patologia prevalente neste serviço o utente com AVC, foi implementado nesta Unidade de Internamento de Cuidados Prolongados/ Medicina um protocolo para avaliar precocemente as possíveis alterações na deglutição comprometida, com vista a prevenção de complicações, com inclusão de um Fluxograma de Rastreio da Disfagia (ANEXO 3). Pretende, essencialmente, envolver todos os profissionais, instruir precocemente a pessoa a alimentar-se de uma forma eficaz, e promover o envolvimento do cuidador para a aquisição de competências (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010).

Ainda, na procura de dar resposta ao perfil/particularidades dos utentes internados do piso 3 desta mesma Unidade de Cuidados Prolongados, deu lugar recentemente, início de 2020, a realização de um plano anual de atividades de desenvolvimento pessoal, da responsabilidade da Enfermeira Especialista e Orientadora do Ensino Clínico, Elisabeth Sousa e, de uma Enfermeira Generalista, com o objetivo principal de Promover a Autonomia e Valorização da Pessoa internada, e com a finalidade de criar um espaço/momentos para que estes utentes

pudessem expor, desenvolver talentos, criatividade, participando em atividades que vão de encontro dos seus interesses e, promoção da sua autoestima. Ao desempenharem essas tarefas, tentam proporcionar a estimulação e a manutenção de inúmeras capacidades psicomotoras, melhorando a QV.

Este projeto cujo tema é “Promoção da Autonomia e Valorização da Pessoa, Atividades de Desenvolvimento Pessoal em Utentes Institucionalizados”, surgiu após a realização de uma pequena atividade de “Natal” efetuada e organizada por estas profissionais. Concluíram que estes tipos de atividades não só contribuíam para um estado emocional positivo, partilhado por todos envolvidos, como também permitiu dar ênfase à promoção da capacitação da pessoa, para uma gestão adequada da sua doença.

Estas medidas de melhoria para a qualidade dos cuidados diferenciados, vêm ao encontro não só da tipologia de utentes desta unidade de internamento, mas também dos dados epidemiológicos que esta patologia apresenta. Pois, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte no nosso país, apesar de assistirmos a uma redução de 39% das mortes, entre 2011 e 2015 (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2017). Em 2015, as doenças cérebro-cardiovasculares foram responsáveis por 29,7% das mortes ocorridas em Portugal (Ministério da Saúde, 2018), e dados do Instituto Nacional de Emergência Médica de 2019, registou-se 3.456 casos de AVC encaminhados para a Via Verde do AVC.

Em particular, em 2016 o CHSJ registou 721 internamentos na Unidade de AVC, com demora média de 3,51 dias e taxa ocupação de 74,5%, tendo realizado 134 trombólises, dos quais 26% foram AVC isquémicos (Almeida, 2017).

Estes dados são indicadores de saúde importantes e merecem a atenção de qualquer profissional de saúde, não só pela taxa de mortalidade, mas fundamentalmente por ser também uma das principais causas de incapacidade funcional, por limitações motoras, que conduzem à perda de autonomia, com comprometimento na satisfação das AVD's, pelo que a perda de funcionalidade exige do utente a adoção de estratégias adaptativas a esta nova condição.

Toda esta evidência de procura de melhoria na prestação de cuidados ao utente, nomeadamente da enfermagem de reabilitação, vem sustentar uma prática cada vez mais exigente e diferenciada em todas as fases do processo de doença, até atingir um nível de QV.

Não esquecer, porém, que cabe também às organizações prestadoras de cuidados de saúde a responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de qualidade. Só estas ações de melhoria podem proporcionar uma reestruturação das próprias organizações.

3.1 Contextualização do Utente com AVC

De uma forma genérica, o AVC é uma patologia cerebrovascular causada pela diminuição de aporte sanguíneo ao cérebro, por oclusão trombótica de uma artéria cerebral ou de uma artéria importante para a irrigação cerebral, por embolia (coágulo ou placa de ateroma), êmbolos provenientes do coração, e mais raramente, patologias vasculares de etiologia inflamatória, sendo que 15% dos casos de AVC resulta de rotura de uma artéria cerebral. Como sequelas, podemos esperar, paralisias unilaterais (plegia ou paresia), alterações da sensibilidade (parestesias), alteração do estado de consciência, afasia, confusão mental, apraxia, incontinência (Scäffler & Menche, 2004). Os mesmos autores alertam para as complicações que podem surgir após um AVC, tais como, pneumonia, pneumonia de aspiração, alterações da deglutição, retenção e/ou incontinência urinária, desidratação, dispneia, e a subluxação do ombro.

Segundo a literatura os utentes com AVC “atingem o seu nível funcional ótimo cerca de três meses após a ocorrência da doença” (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010, p. 157), por outro lado Al-Jarrah, et al. (2014) afirmam que o AVC ao ser uma das principais causas de morbilidade condiciona as capacidades funcionais dos utentes em cerca de dois terços dos casos, pelo que os *deficits* neurológicos tornam esses utentes dependentes dos outros para a satisfação das suas AVD's.

Estes mesmos autores defendem ainda que essas limitações podem surgir não só por causa do comprometimento neurológico, mas também como resultado da vida sedentária, pois após AVC, vários estudos têm vindo a demonstrar que o gasto de energia após AVC na deambulação é de 1,5 a 2 vezes maior do que em indivíduos saudáveis, sendo que a própria capacidade de endurance diminui particularmente em idade avançada.

Os programas de reabilitação após o AVC tem como objetivo ajudar a pessoa no retorno às atividades de vida promovendo a sua autonomia (Marques-Vieria, Sousa, & Braga, 2017).

Para isso, é importante as terapias individualizadas por serem as mais adequadas e minimizar as incapacidades resultantes do AVC.

Posto isto, devido à neuroplasticidade, as funções perdidas podem ser reaprendidas, pois o cérebro mantém a sua capacidade de aprendizagem toda a vida (aprendizagem neuronal contínua), o conceito de *Bobath*, considera alguns elementos principais no processo de reabilitação, como a estimulação da perceção, normalização do tónus muscular, estimulação da mobilidade normal, cuidados de 24 horas, equipa terapêutica (o efeito desejado só pode ser atingido, se todos os grupos profissionais aplicarem o conceito), reabilitação precoce (Scäffler & Menche, 2004). As limitações motoras, sensitivas, de compreensão e expressão dos sentimentos pode alterar a dinâmica da vida destas pessoas, pelas sequelas físicas, que de algum modo restringe as AVD's e tornam-nas, na maioria dos casos, dependentes de terceiros para a realização da sua vida pessoal e familiar, e que funcionam como barreiras à sua recuperação e, alterações a nível social e relacional (Freitas, Coelho, Neves, & Romeiro, 2010).

Tendo presente esta complexidade do utente com AVC, importa sublinhar as necessidades humanas básicas com vista a um processo de capacitação (Marques-Vieira et al., 2017).

No que concerne à satisfação da alimentação/nutrição, pode estar comprometida tanto pelas alterações da deglutição como pela incapacidade de fracionar os alimentos, ou ainda, alterações sensoriais do paladar ou olfato, e sensibilidades. Perante a deglutição comprometida a evidência científica aponta como um mecanismo fisiopatológico, caracterizado por alterações em qualquer fase e/ou entre as fases da dinâmica da deglutição, podendo ser congénita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico (Ferreira, 2017).

A realçar que a capacidade de engolir pode ser altamente prejudicada tendo como fatores causais o AVC, cancro de cabeça e pescoço e doenças neurológicas. A alteração da deglutição é também conhecida por disfagia orofaríngea e a sua prevalência pode variar segundo a sua etiologia, podendo afetar 8,1-80% de utentes com AVC, 11-81% das pessoas com doença de Parkinson, até 30% dos utentes com traumatismo cranioencefálico (Cordier, 2017).

Relativamente à satisfação da atividade física, Loureiro, Couto, & Sobral (2010), referem que o empenho pessoal, motivação e coragem são essenciais para a superação das dificuldades. Estes utentes sofrem alterações psicológicas/ emocionais, devido à tristeza

relacionada com o processo de reorganização e readaptação, isolamento pela perda de autonomia e as alterações na comunicação, sendo que sentimentos como a vergonha podem surgir relacionados com a situação de dependência, pelo que o medo, de permanecer com a incapacidade permanentemente ou de repetir outro episódio de AVC também pode surgir (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010).

A satisfação da eliminação poderá estar comprometida devido a situações de incontinência devido a lesões muito extensas e alterações cognitivas (Redol & Rocha, 2017). Podemos confrontarmo-nos com a bexiga neurogénica desinibida resultado de uma lesão central, por uma capacidade vesical diminuída ou normal, ausência de controlo da micção e volume residual nulo, pelo que a bexiga enche e esvazia espontaneamente, sendo comum nos utentes com AVC. Na reeducação funcional da bexiga desinibida é instituída uma ingestão hídrica adequada, avaliando-se o horário das micções, para providenciar urinol/ arrastadeira, o utente deve ser sempre motivado e incentivado, quando possível o utente deve efetuar a micção no sanitário (Queirós, Cardoso, & Margato, 2006). Estes utentes têm ainda alterações psicológicas/ emocionais, devido à tristeza relacionada com o processo de reorganização e readaptação, isolamento pela perda de autonomia e as alterações na comunicação, sendo que sentimentos como a vergonha podem surgir relacionados com a situação de dependência, pelo que o medo de permanecer com a incapacidade permanentemente ou de repetir outro episódio de AVC também pode surgir (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010). Para o ER intervir de forma adequada e de acordo com os défices que a pessoa apresenta é necessário realizar uma avaliação inicial para recolher dados e avaliar as necessidades, através de um processo sistemático, contínuo e imperioso. Assim, deverão ser avaliados os seguintes aspetos: estado mental (estado de consciência, estado de orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, negligência hemiespacial unilateral, linguagem), pares cranianos, motricidade (força muscular, tónus muscular, coordenação motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha, esta avaliação era sempre realizada aquando da prática clínica, o próprio serviço, possuía material específico para avaliação dos pares cranianos (Marques-Vieira et al., 2017).

Para o utente com alteração da função neurológica originária do AVC, os objetivos e intervenções planeadas pela enfermagem de reabilitação incidem na redução dos défices, adquirir a máxima independência funcional, minimizar a incapacidade, reintegrar na sociedade, e restabelecer um padrão de vida gratificante (Marques-Vieira et al., 2017). Para isso, é fundamental evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, promover a estimulação

da sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular os movimentos do lado afetado (Menoita et al., 2012), permitindo obter-se uma maior capacidade funcional da pessoa e consequente melhoria do seu estado de saúde, pelo que a sua inclusão como elemento chave no processo de tomada de decisão no programa de reeducação funcional é elementar para o sucesso do mesmo.

Por outro lado, é importante relembrar o envolvimento do cuidador, com vista a promover uma capacitação mais eficaz, uma gestão adequada da sua doença e, por conseguinte, ganhos em saúde e melhor QV.

3.2 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Utente com AVC

Ao identificar-se os problemas relacionados com a saúde da pessoa a enfermagem de reabilitação deve intervir de forma a melhorar a sua QV. De acordo com Jester (2007), o enfermeiro de reabilitação assume o importante papel de prevenir efeitos secundários/complicações, com intervenções no controlo da dor, promoção da continência, viabilidade tecidular, questões de promoção de saúde/ QV para o utente que se encontra em processo de reabilitação.

Dentro das oitos categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015) é importante promover os níveis de satisfação dos clientes; a promoção da saúde, ajuda a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações para a saúde da pessoa; o bem-estar e autocuidado, maximiza o bem-estar da pessoa e suplementa/completa as AVD's em que a pessoa é dependente; a readaptação funcional; a reeducação funcional e a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem.

Treino de Atividades de Vida Diárias

As AVD's são todas as atividades que as pessoas fazem na sua vida quotidiana num contínuo dependência- independência necessitando de auxílio quando são incapazes de as realizar de modo independente (Hoeman, 2011). Também podem ser descritas como as

atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia a dia (OE, 2015). Numa situação de doença, a pessoa pode não ser capaz de desempenhar por si mesma uma ou várias destas atividades sendo imprescindível ensiná-la, instruí-la e treiná-la em métodos e técnicas que lhe permitam voltar a desenvolver essas atividades de modo o mais autónomo possível. O enfermeiro de reabilitação, pela sua formação específica, assume um papel preponderante ao envolver o utente e a sua família/cuidador na organização e responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais. De acordo com Hoeman (2011), ao facilitar a aprendizagem e a abertura às perguntas centrando a ação no utente, na sua sensibilidade, estilo de vida e preferências, deixando-o participar na escolha das técnicas mais eficazes para si mesmo, desafiamo-lo a aceitar a responsabilidade pelas suas ações. As atividades podem pertencer a dois grupos distintos, como seja as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), (higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência), e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias (preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupa, gerir dinheiro, usar telefone, tomar a medicação, fazer compras e utilizar meios de transporte (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

Os instrumentos de avaliação das ABVD e AIVD, a sua seleção deve ter como ponto de partida a avaliação das propriedades métricas, psicométricas ou clínico métricas. Os principais instrumentos para a avaliação das ABVD são o Índice de *Barthel*, Índice de *Katz* e a Medida de Independência Funcional (MIF) e, para a AIVD, o Índice de *Lawton & Brody* e a *Frenchay Activity index* (FAI) (Vigia et al., 2017).

Reeducação Funcional

Cuidar a pessoa com afeção neurológica, torna-se um desafio para a enfermagem de reabilitação, pois é necessário um conjunto de intervenções até se concretizar o objetivo final, tornar a pessoa mais autónoma com a melhor QV possível (Marques-Vieira et al., 2017).

As intervenções de enfermagem de reabilitação relacionadas com a função sensoriomotora, sabemos que existem alterações da força e do tônus muscular (avaliação através da Escala de *Lower* e de *Ashworth* modificada respetivamente), inicialmente com um período flácido, surge posteriormente uma hipertonía, espasticidade. O utente com AVC, a postura característica é a atitude de *Wernicke-Mann*, ou seja, padrão espástico, pois existe um

aumento do tônus nos músculos anti gravíticos no hemicorpo parético ou plégico, nomeadamente nos flexores do membro superior e nos extensores do membro inferior (Menoita et al., 2012), por outro lado, o utente apresenta perda do mecanismo de controlo postural, impedindo-o de realizar atividades funcionais como: rolar, sentar, manter a posição ortostática, marcha e a realização de AVD's. Sendo que, a função sensorial também ela se encontra alterada (diminuída/abolida), nomeadamente, as sensibilidades superficiais e profundas. Assim, e de acordo com a situação de cada utente são desenvolvidas atividades que vão de encontro a estes défices, nomeadamente: facilitação cruzada, indução de restrições, posicionamento em padrão anti-espástico, estimulação sensorial, programa de mobilizações, atividades terapêuticas (Marques-Vieira et al., 2017).

A técnica da facilitação cruzada permite estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do hemicorpo afetado; reeducar o reflexo postural; estimular a sensibilidade postural; reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado (Menoita et al., 2012). Scäffler & Menche (2004) afirmam que a organização/ disposição do espaço é de extrema importância, pois o utente com AVC sente-se motivado para dirigir a sua atenção para o lado afetado, pois é necessária estimulação intensiva para contrabalançar a resultante privação sensorial.

A indução de restrições baseia-se no treino intensivo do membro superior afetado; a restrição motora do menos comprometido (Menoita et al., 2012), por outro lado, autores como Thrane, Friborg, Anke, & Indredavik (2014) afirmam que esta terapia por restrição permite melhorar a função motora do membro afetado, podendo ter um efeito duradouro.

O posicionamento em padrão antispástico, tem como objetivos proporcionar conforto e bem-estar; prevenir alterações músculo-esqueléticas; promover a integridade cutânea; alternar o campo visual e integrar o esquema corporal (Menoita et al., 2012). Nesta perspetiva, o posicionamento diz-se terapêutico, quando posicionado em decúbito para o lado afetado (Marques-Vieira et al., 2017).

A estimulação sensorial está intrinsecamente relacionada com o princípio de neuroplasticidade, pelo que o utente deverá ser submetido a diferentes estímulos, pelo que as experiências vestibulares e táteis têm um efeito benéfico na recuperação da sensibilidade. As atividades terapêuticas baseiam-se essencialmente no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés como o rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha em que exigem a repetição constante. O exercício terapêutico de rolar tem como objetivos iniciar o autocuidado; controlar e inibir a espasticidade extensora; favorecer o alinhamento corporal; estimular a ação voluntária

dos músculos do tronco do lado acometido; reeducar o reflexo postural e, estimular a sensibilidade (Menoita et al., 2012). Por outro lado, a ponte tem como objetivo a prevenção da rotação externa do membro inferior; inibição da espasticidade em extensão no membro inferior acometido; facilitação da bacia; ativação da musculatura do tronco do lado afetado; estimulação da sensibilidade sensorial; fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática e evitar a marcha helicópode. A rotação controlada da anca permite o controlo desta articulação preparando a pessoa para o levante (Menoita et al., 2012).

O exercício de auto mobilização permite ajudar a tomar consciência da mão afetada; manter o membro superior em padrão anti-espástico, com a extensão e abdução dos dedos, a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-umeral (Marques-Vieira et al., 2017).

Quanto à carga no cotovelo tem como objetivos proporcionar o aumento do tónus muscular do extensor do membro superior afetado; estimular os reflexos cervicais; controlar o movimento da cabeça; estimular a sensibilidade profunda; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado acometido e preparar para a posição de sentado (Menoita et al., 2012; Marques-Vieira et al., 2017).

Podem ainda implementar-se exercícios com a bola terapêutica e exercícios no domicílio, ou seja, o enfermeiro de reabilitação, deverá ensinar o utente a realizar exercícios que este possa replicar quando estiver no domicílio. Estas atividades terapêuticas foram amplamente desenvolvidas em utentes com AVC e traumatismos vertebro medular, tendo comprovados os ganhos após aplicação das escalas de *Lower* e de *Ashworth* modificada com melhoria dos respetivos scores (Huber & Wells, 2009).

A mesa de verticalização (*Standing Frame*) é uma atividade terapêutica com benefícios em utentes com AVC (Marques-Vieira et al., 2017), sendo por isso utilizada como estratégia precoce no programa de reabilitação. Estão enumerados alguns benefícios, como a prevenção do encurtamento muscular, estimulação dos músculos anti gravíticos e promoção do bem-estar (Bagley, Hudson, Anne, Smith, & John, 2005).

Hesse (2008) defende que a verticalização acarreta benefícios para o utente, equilíbrio, profilaxia de pneumonia, prevenção de Úlceras por Pressão (UPP) e contraturas, estimulação do intestino e da bexiga e para o bem-estar psicológico. O *Standing Frame* tem como objetivo melhorar a função cardiovascular e estruturas osteoarticulares, inibir a espasticidade, melhorar não só a função reno-vesical e intestinal como também a mecânica ventilatória, permitir a

liberdade dos membros superiores para atividades ocupacionais e recreativas, favorecendo inequivocamente a autoestima (Bagley, Hudson, Anne, Smith, & John, 2005).

Por outro lado, a espasticidade é uma consequência a média longo prazo no utente com AVC, se não for prevenida. Esta alteração do tônus muscular é uma das principais causas de morbilidade e incapacidade e que em muito prejudicam a QV dos utentes, pois o encurtamento muscular e a formação de contraturas, dor, espasmos musculares, edema, perda de funcionalidade, má higiene, imagem corporal alterada e problemas psicossociais podem surgir devido a esta situação (Basaran, Emre, Karadavut, Balbaloglu, & Bulmus, 2012).

A espasticidade é um problema comum nos utentes com AVC, de acordo com Sheehan, Winzeler-Merçay, & Muddie (2006) conduz muitas vezes a uma deformidade permanente, pelo que o recurso a talas é usado na prática clínica com o objetivo de reduzir a resistência muscular e manter as amplitudes articular no membro afetado, no entanto, no estudo das autoras o efeito das talas não está ainda determinado nem é demonstrada a sua eficácia comparativamente aos exercícios de alongamento passivos, pelo que a utilidade clínica da aplicação das talas no membro superior afetado para o controlo da espasticidade não foi ainda estabelecida. No entanto, após a aplicação das talas pneumáticas e/ou de espuma era mais fácil realizar mobilizações passivas nesses segmentos corporais, sem causar dor ou desconforto ao utente.

Um dos primeiros objetivos a ter em conta no processo de reabilitação, é a implementação de técnicas de mobilização, com vista a melhorar a amplitude de movimento e por conseguinte a recuperação da mobilidade corporal. A depender da colaboração do utente, o enfermeiro de reabilitação pode implementar intervenções como as mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas resistidas (Deliberato, 2007).

No que se refere ao equilíbrio, depende da integração de várias estruturas que compõem o sistema de equilíbrio ou controlo postural, nomeadamente: vestibular, propriocetivo, visual e cerebeloso (Umphred, 2010). O equilíbrio estático é o controlo da oscilação corporal na posição de pé, a população idosa tende a demonstrar diminuição deste. O equilíbrio dinâmico é definido como a utilização sistemática de informações internas e externas, no sentido de reagir a perturbações da estabilidade e ativar os músculos para trabalharem de forma coordenada. Para avaliar o equilíbrio os instrumentos de avaliação a aplicar no decorrer do programa de reabilitação podem ser a Escala de Berg ou o Índice de Tinetti (Huber & Wells, 2009).

Os exercícios de equilíbrio têm como objetivo reeducar o equilíbrio (estático e dinâmico), daí possibilitar a reeducação do mecanismo reflexo-postural; inibir a espasticidade;

estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Huber & Wells, 2009). O levantar/transferências deve ser realizado pelo lado afetado e no regresso para a cama pelo lado não afetado (Menoita et al., 2012).

Por outro lado, um aspeto bastante importante a referir é associar a alteração do equilíbrio ao risco de quedas. Com o objetivo de avaliar este risco recomenda-se a aplicação da escala de Morse (Sousa, Maques-Vieira & Soares, 2017). Assim, e uma vez que o risco de queda está associado a doenças neurológicas e osteoarticulares, alteração da visão/audição, envelhecimento (diminuição dos reflexos posturais e da força muscular) fármacos (iatrogénica), uso desajustado de dispositivos de apoio, e o ambiente/barreiras arquitetónicas, a enfermagem de reabilitação desempenha um papel muito importante, pois inserido num programa de reabilitação, intervenções como exercícios de amplitude de movimento, exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino da utilização de ajudas técnicas, treino de marcha, treino de transferências, gestão de défices sensoriais, medidas de farmacovigilância, e ensinamentos aos familiares/cuidadores (Sousa et al., 2017).

No que se refere a alterações sensoriais, estas são bastante frequentes nos utentes com AVC, como por exemplo os défices sensoriais superficiais, visuais e proprioceptivos, pelo que a diminuição/abolição da sensibilidade superficial conduz a disfunções perceptivas e risco de autolesões, sendo que a diminuição da sensibilidade proprioceptiva contribui para a perda da capacidade em realizar movimentos controlados, assim como a diminuição da sensação de posição e de movimento corporal, refletindo alterações posturais, pelo que normalmente é introduzido no programa de reabilitação o espelho quadriculado para correção postural (Umphred, 2010).

Relativamente, aos défices visuais podem surgir situações de diminuição da acuidade visual, diplopia e hemianopsia, pelo que a avaliação dos pares cranianos é crucial para compreendermos quais os défices com que nos deparamos (Cancela, 2008), alguns utentes necessitam de recorrer a oclusão ocular alternada por diplopia, melhorando a sua QV.

As apraxias e agnosias são outras alterações frequentes neste tipo de utentes, sendo que a apraxia consiste na incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar de manter aparentemente conservadas as funções motora e sensorial e, a agnosia na incapacidade de reconhecer objetos familiares e de uso pessoal, e de lhe dar outra função, ainda que não estejam lesados os órgãos sensoriais (Cancela, 2008). No seguimento das alterações da função

perceptiva pode surgir a negligência hemiespacial unilateral, com alteração da imagem e esquema corporal. Segundo Vanbellingen & Bohlhalter (2011) o recurso à imitação, gestos, repetição de tarefas diárias, treino repetido das AVD's, fornecer ao utente objetos de uso diário e treino com os utentes como se usam os objetos ao mesmo tempo que o é nomeando, são estratégias que o enfermeiro de reabilitação deve implementar no seu programa de reabilitação funcional.

No que respeita a afasia, consiste numa perturbação da linguagem que tem origem numa lesão cerebral, que surge por perda de faculdades cognitivas ou pela inabilidade em articular os músculos utilizados na fala. Para avaliar a afasia é importante realizar quatro provas: análise do discurso, compreensão auditiva verbal, nomeação e repetição. Pelo que a disartria é a dificuldade em articular as palavras. Na afasia de Broca/Motora a pessoa apresenta compreensão normal, mas a função motora é globalmente afetada e por isso o utente não consegue verbalizar, por outro lado na afasia de *Wernicke*/sensorial deparamo-nos com uma verbalização fluente, no entanto a compreensão está alterada, na afasia global tanto a função motora como a compreensão estão perturbadas (Cancela, 2008). O objetivo da intervenção do enfermeiro de reabilitação é minimizar o impacto social que as afasias têm na vida das pessoas, pelo que é essencial promover uma comunicação eficaz e ampliar as capacidades que se encontram alteradas.

Na afasia de Broca é importante estimular a comunicação durante as AVD's, captar a atenção do utente, promover conversas que sejam do interesse, encorajar o discurso automático ou a imitação, incentivar o utente a verbalizar respostas sociais como o olá, bom dia, a falar de si próprio, promover meios de comunicação alternativos como a escrita, a mimica, as imagens/pictogramas.

No caso da afasia de *Wernicke* é importante captar a atenção do utente, pois a nomeação de objetos, compreensão de ordens simples e a repetição de palavras encontra-se perturbada, pois só o discurso é fluente, deste modo, o recurso à mimica e gestos é essencial, assim como utilizar instruções simples, reforçar positivamente as respostas adequadas, o que vai aumentar a autoestima do utente, aqui utilizar igualmente pictogramas (Polsawsky, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdóttir, 2010). Nesta função a par das outras que se encontram igualmente alteradas, é fundamental incluir a família/cuidador no programa de reabilitação, ensinar a família/cuidador a recorrer a estratégias comunicacionais como as que foram descritas anteriormente, com o objetivo de todos implementarem as mesmas intervenções.

Quanto à função cognição e comportamento, pode estar alterada neste tipo de utentes. Segundo Gatens & Musto (2011) a maioria dos utentes com alterações na cognição pode apresentar variedade comportamental, como por exemplo: desorientação/confusão, apatia, falta de iniciativa, impulsividade, depressão, perseveração, confabulação, labilidade emocional, falta de inibição ou desinibição, compromisso do julgamento, compromisso de resolução de problemas, agitação e falta de discernimento. Os utentes com AVC, a alteração comportamental é muito evidente, por presença labilidade emocional, ou seja, incapacidade em controlar emoções, com crises de choro. De acordo com Cancela (2008), a labilidade emocional é geralmente encontrada nos casos em que o utente apresenta hemiplegia. Os indivíduos apresentam emoções instáveis, sendo capaz de inibir a expressão das emoções espontâneas, e repentinamente alteram o seu comportamento emocional sem uma razão aparente. O utente neurológico apresenta diminuição na capacidade de atenção /concentração, em que existe necessidade de reforços constantes para a realização de atividades, pelo que por vezes exige um processo neuropsicológico longo. As escalas que podemos recorrer é a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Varanda & Rodrigues, 2017; Henriques & Ávila, 2017).

As pessoas com défices associados à atenção apresentam um misto de diminuição do tempo da atenção e presença de distração, pelo que se torna essencial suprimir qualquer estímulo externo que distraia a pessoa. Deste modo é importante ignorar comportamentos não desejados, integrar o utente nas AVD's, dialogar com o utente e creditar e fomentar a participação em sessões de grupo (Lisboa, 2017). As intervenções da enfermagem de reabilitação neste campo de atuação devem ser direcionadas para lembrar informações em intervalos de tempo, aprendizagem com retirada consecutiva de pistas, otimização da codificação, desenvolvimento de habilidades automatizadas para as AVD's, automatizar o uso de estratégias, ou seja, promover a função cognitiva, a tomada de decisões apropriada, o controlo apropriado de pensamentos, o processamento preciso de informação, funções da memória, promover a segurança e o controlo da agressividade (Umphred, 2010). De acordo com Portillo & Cowley (2011) a educação e informação dos utentes e familiares são cruciais para o processo de reabilitação conduzindo a sentimentos de segurança e autoconfiança. O enfermeiro de reabilitação deve ser visto como consultor e educador, de modo a impedir que os utentes e familiares procurem informações em fontes de confiabilidade duvidosa. Por outro lado, este profissional ao implementar um programa de reabilitação deve considerar a participação da família nos cuidados e compreender quais os aspetos da vida social do utente

que acarretam benefícios, com vista à recuperação do utente e reintegração na comunidade, pelo que a articulação/cooperação com as estruturas da comunidade são essenciais.

Quanto às intervenções de enfermagem de reabilitação relacionadas com a função eliminação, sabemos que o controlo da eliminação vesical e intestinal promovem a autoestima e a reintegração sociofamiliar, no entanto, por lesão neurológica ou neurotraumatológica essa função pode estar comprometida (Umphred, 2010), cabendo, portanto, ao enfermeiro especialista desenvolver intervenções para reeducar a função eliminação.

Na pessoa com AVC, em específico, estamos perante uma bexiga desinibida, pois enche e esvazia normalmente, não apresenta volume residual aumentado, mas não tem controlo inibitório, pelo que a micção por horário/treino de hábitos de eliminação urinária está indicada nos utentes que são dependentes no uso do sanitário. Segundo Stevens (2011) o treino consiste em estabelecer um padrão previsível de esvaziamento de modo a prevenir a incontinência das pessoas com alterações cognitivas e apresentem ou incontinência de urgência, de esforço ou funcional. É importante estabelecer intervalos fixos para o utente urinar, oferecer água em intervalos regulares, incentivar a pessoa à micção a intervalos regulares, cessar a ingestão de líquidos por volta após o jantar, retirar os absorventes (fraldas) e reforçar o recurso ao sanitário, reforçando positivamente a pessoa. Todos estes cuidados, devem englobar a participação da família/cuidador (Cournan, 2012).

No caso de intestino desinibido, surge a incontinência, em que o utente tem pouca consciência da vontade de evacuar, a reeducação do intestino desinibido deve promover hábitos e horários coincidentes com os anteriores à doença, estimular a atividade física, ingerir líquidos, alimentos ricos em fibras, e administração de emolientes de fezes e supositórios de acordo com o necessário (Gender, 2011).

Não esquecer o ombro doloroso, já que é um fenómeno comum nos utentes com AVC, surgindo em cerca de 54% dos utentes, os mecanismos que estão subjacentes a este aspeto são os tecidos flácidos, a alteração da função motora estreitamente relacionada com a lesão no sistema nervoso central, deste modo as medidas preventivas são a principal estratégia para impedir o surgimento do ombro doloroso, com os posicionamentos mobilizações corretas (Coskun & Basaran, 2014). Deste modo, segundo De & Wynn (2014) as complicações osteomusculares pós AVC podem incluir dor no ombro hemiplégico, espasticidade, subluxação glenoumeral e contraturas para o membro afetado, que causa dor, desconforto, depressão, privação de sono, cuidados de higiene deficitários e alimentação inadequada. As autoras

afirmam que a mobilização precoce e o correto posicionamento do membro hemiplégico aliviam a dor e contraria a imobilidade. A terapia do espelho é uma forma de exercício mental, e que excita o córtex motor primário e evoca o movimento do lado afetado através da visualização no espelho do membro não afetado a movimentar-se (Ji, Cha, Kim, & Lee, 2014). Esta terapia é simples de aplicar, e os utentes podem realizá-lo de forma independente e recorrer à técnica também em casa, pois está aconselhado realizá-la em diferentes contextos da vida quotidiana, pelo que deve ser incluída nos programas de reabilitação.

Esta terapia do espelho foi introduzida pela primeira vez por Ramachandran como um método para o tratamento da dor fantasma após uma amputação, pois ativa os neurónios-espelho do cérebro, que vão transformar visualmente movimentos em imagens e conduzir o processo de execução do exercício. De acordo com o estudo de Bae, Jeong, & Kim (2012) demonstrou que a interação entre os hemisférios aquando da realização de movimentos simultâneos dos membros superiores afetado e não-afetado foi mais eficaz no aumento da ativação do córtex motor e a recuperar as funções motoras do que simplesmente realizar movimentos do membro superior afetado. Wang, et al. (2013) afirmam que a ativação cerebral devido à ilusão espelho em utentes com AVC é comparável a indivíduos saudáveis, mesmo em pacientes com AVC com hemiparesia grave.

Em respeito à satisfação da alimentação/nutrição no utente com AVC, esta pode estar comprometida tanto pelas alterações da deglutição como pela incapacidade de fracionar os alimentos, ou ainda, alterações sensoriais do paladar ou olfato e sensibilidade. Torna-se essencial detetar precocemente sinais de disfagia, implementar intervenções de enfermagem de reabilitação face ao compromisso de deglutição com vista a instruir o utente a alimentar-se de uma forma segura e eficaz, ou ainda, promover o envolvimento da família/cuidador para a aquisição de competências, para que esta não substitua o utente na realização de atividades (Loureiro, Couto, & Sobral, 2010).

4. A ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

A deglutição é um dos processos fisiológicos mais importantes para o ser humano, pois é através desse processo que o indivíduo alcança o equilíbrio nutricional necessário para a vida além dos prazeres que a alimentação lhe oferece (Lind, 2003). A dinâmica da deglutição representa uma sucessão de fenómenos interrelacionados, devendo ser definida como um processo que depende da complexa atividade neuromuscular, e é composto por várias fases (Mourão, 2016). O sincronismo entre as fases permite que o alimento seja transportado da boca até ao estômago sem que haja penetração e/ou aspiração pulmonar de alimento ou saliva (Spadotto, 2009). As dificuldades na deglutição podem ocorrer em qualquer faixa etária desde o recém-nascido à pessoa idosa.

De acordo com vários autores (Mourão, 2016; Baroni, et al., 2012) a disfagia é um mecanismo fisiopatológico, que consiste num distúrbio da deglutição caracterizado por alterações em qualquer fase e/ou entre as fases da dinâmica da deglutição, que pode ser congénita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico. Esta é a maior causa de morbilidade e mortalidade e pode causar complicações como a desnutrição, desidratação e complicações respiratórias, bem como na integração social do indivíduo, colocando em risco a QV e levando à morte, especialmente em pessoas idosas (Braga, 2017a).

Também o envelhecimento humano, por implicar mudanças estruturais, funcionais e neuronais pode comprometer órgãos e funções, exigindo a adequação de padrões anteriormente adquiridos (Henriques & Ávila, 2017). Neste caso específico é denominada não por disfagia mas sim por presbifagia (Ferreira, 2017).

As alterações do foro neuromuscular na deglutição conduzem ao compromisso da deglutição que são importantes corrigir (Braga, 2007b). Na perspetiva de Jacobi (2005) a disfagia trata-se de uma complicação comum após AVC verificando-se maioritariamente em lesões a nível do tronco cerebral com alterações ao nível do IX e X pares cranianos. De acordo com esta autora 86% dos utentes apresenta atraso no processo de deglutição e 58% evidencia diminuição da contração faríngea.

Para Hoeman (2011), distúrbios ao nível da tonicidade dos músculos da língua, face e pescoço alteram o processo de deglutição, seja na fase oral preparatória, oral ou faríngea. De acordo com os mesmos autores, as principais alterações verificadas a nível da fase oral

preparatória relacionam-se com défices na sensação e perceção relativamente à quantidade e localização dos alimentos na boca. Além disso, o deficiente controlo motor dos músculos e movimentos da língua podem ser conducentes a uma mastigação incompleta ou à acumulação de alimentos na cavidade oral (Ferreira, 2017).

A nível das fases oral e faríngea pode ocorrer um atraso no reflexo de deglutição e o bolo alimentar (sólido ou líquido) pode invadir a árvore respiratória causando a aspiração alimentar. Esta situação é passível de ocorrer com pequenas quantidades de alimentos passando, por vezes, despercebida e levando, nos casos mais graves, a pneumonias de aspiração (Ferreira, 2017). É tanto mais provável de ocorrer quanto mais alterado estiver o reflexo de tosse do utente com compromisso da deglutição.

Pelo exposto, não existem dúvidas que a função da deglutição, pela forma como exige a integridade de estruturas interdependentes, por envolver ações neuromusculares e depender de um mecanismo que dirige o bolo alimentar de forma segura ao estômago, impede que o bolo alimentar se desloque para as vias aéreas. Esta problemática pode transformar-se num problema crónico com reflexo da vida da pessoa e da família (Ferreira, 2017).

Atualmente, as doenças agudas e infecciosas deixaram de ser as principais problemáticas de saúde pública para cederem a sua posição a doenças crónicas e com forte impacto na QV da pessoa afetada (Ximenes, 2016).

Por seu lado, a QV é definida como a forma que a pessoa encara e compreende, a sua posição na vida, no contexto cultural e valores em que vive e o seu bem-estar físico e psicológico (Bastos, 2014; Gaspar, 2015). Porém, existem várias definições de QV, sendo que apesar de muitas com origem em diferentes autores, estas definições entram em concordância nos seguintes aspetos: Bem-estar físico; Bem-estar psicológico; Bem-estar social e Bem estar financeiro e material. Tal como a definição de saúde da OMS, que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças, a QV está intimamente relacionada com o estado de saúde da pessoa (Bastos, 2014).

Na ótica da evolução da qualidade de cuidados prestados, até recentemente o principal foco na área de disfagia, nomeadamente a disfagia orofaríngea, os profissionais de saúde davam principal ênfase aos parâmetros fisiológicos temporais e o efeito no fluxo do bolo alimentar (Logemann, 2006), contudo, deglutir e de uma forma mais ampla, percebeu-se que não envolve apenas a ingestão fisiológica de alimentos, mas também experiências sociais, psicológicas e culturais (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006).

No reconhecimento deste facto foram desenvolvidas ferramentas de resultados como a SWAL-QOL e SWAL-CARE (ANEXO 4) (McHorney, et al., 2002). Esses instrumentos são medidas específicas de doenças relacionadas com a QV (SWAL-QOL) e a qualidade de assistência nos cuidados (SWAL-CARE) específico para a pessoa com disfagia orofaríngea.

Antes da avaliação da QV deste tipo de pessoas, torna-se primordial avaliar o grau da disfagia, com a utilização de um instrumento de avaliação. Temos ao dispor a Escala GUSS, instrumento já validado do ponto de vista cultural e linguístico para o contexto português. É um teste fácil de utilização, não é invasivo e tem a vantagem de ser aplicado por enfermeiros generalistas, não carecendo de especialização nesta área (Ferreira, et al., 2018). A salientar que a deteção precoce das alterações da deglutição permite não só reduzir possíveis complicações associadas à deglutição comprometida, como também conduzir à implementação de intervenções de reabilitação (Ferreira, et al., 2018), com reflexos positivos do seu estado de saúde.

Uma vez identificadas as pessoas com alterações de deglutição, é importante avaliar a QV dado que estas pessoas evidenciam alterações na socialização pelo isolamento social com impacto do ponto de vista psicológico e familiar (Beckert, 2010; Felipini & Prado, 2016). No âmbito da avaliação da QV da pessoa com disfagia, segundo a revisão da literatura o instrumento mais aplicado é o questionário SWAL-QOL, por ser um instrumento que permite avaliar os sintomas específicos associados à severidade da disfagia (Beckert, 2010; Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015; Lahtinen, 2019; Printza, 2020).

O SWAL-QOL é considerado um instrumento relativamente recente na avaliação da QV dos utentes com deglutição comprometida de diversa natureza, que se tem mostrado promissor em contextos internacionais (McHorney, 2006; Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015; Kraus, 2017; Lahtinen, 2019; Rivalsrud, 2019). Em virtude de se conhecer a existência de apenas um estudo desta natureza em Portugal, as implicações científicas do estudo que se realizou vão ao encontro da carência de dados científicos relacionados com a presente temática.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Quando falamos em objetivos da intervenção, obrigatoriamente pretendemos ir ao encontro da realidade vivenciada nos serviços de saúde e às necessidades da população, pelo que estamos conscientes que o envelhecimento da população é um fator causador de morbimortalidade com necessidades específicas de cuidados. O conceito de necessidade remete-nos para uma falta/carência que está intimamente relacionada com o desenvolvimento do utente ao longo do seu ciclo de vida. Para Imaginário (2004), essas necessidades são fundamentais e subjacentes ao crescimento. A pessoa está constantemente a colmatar as necessidades que vão surgindo com a sua evolução, a fim de obter o equilíbrio físico, psicológico, social e espiritual. As necessidades de cuidados são variáveis e requerem uma intervenção global e personalizada, nomeadamente, atividades que promovam o bem-estar, a melhoria da QV, suporte emocional, financeiro, social e apoio na satisfação das AVD's, pelo que a duração e a frequência dos cuidados devem ser adequadas/adaptados a cada utente, família/cuidador consoante as necessidades referidas e observadas pelos profissionais de saúde (Morais, 2010).

Ora, neste contexto temos em consideração que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação incluem o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa que cuida (Diário da República, 2011).

Na procura do grau Académico de Mestre, tal como definido no Decreto-Lei N.º 65/2018, todas as intervenções desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos estabelecidos, pela demonstração de competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; pelo iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; obter capacidades para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; pelo desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participação de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais; pela análise diagnóstica, planeamento, intervenção

e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e evidência de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Os objetivos de aprendizagem gerais estão delineados no planeamento da Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação: “Estágio Final”, 3º Semestre do ano letivo 2019-2020, como sendo:

- ✓ Avaliar a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;
- ✓ Implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- ✓ Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, incluindo os de natureza traumática, ortopédicos e ortotraumatológico;
- ✓ Capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- ✓ Desenvolver programas de treino de AVD's e de utilização de ajudas técnicas;
- ✓ Gerir os cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional;
- ✓ Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Enquanto futuro Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tivemos em consideração as competências específicas respetivas, pelo que na sequência do solicitado no Planeamento da Unidade Curricular referente ao Relatório, no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi realizado um Projeto de Intervenção (APÊNDICE 3) com os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar a pessoa com risco de disfagia com aplicação/utilização da escala de GUSS;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida relacionada com a deglutição comprometida através da aplicação do questionário SWAL-QOL antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação;
- ✓ Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa com a deglutição comprometida;

- ✓ Avaliar a satisfação da pessoa com a deglutição comprometida aos cuidados de saúde, com aplicação do questionário *Quality of Care in Swallowing Disorders* (SWAL-CARE), antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação;
- ✓ Identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Para a concretização do Projeto de Intervenção, “*Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com a Deglutição Comprometida*”, tornou-se necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre esta área temática específica, para após dar início a um estudo científico. Realizou-se, portanto, uma revisão sistemática da literatura, com proposta de artigo científico (APÊNDICE 4), cujo tema é “*Questionário SWAL-QOL na avaliação da Qualidade de Vida dos utentes com Disfagia: Uma Revisão Sistemática de Literatura*”. Esperamos a sua publicação, ainda este ano de 2020.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL – CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

Tendo em consideração os objetivos supramencionados no Projeto de Intervenção, neste capítulo compreendemos a fundamentação das estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação quanto à anamnese e exame físico, a avaliação da deglutição, um breve levantamento das características sociofamiliar, as intervenções de reeducação funcional da deglutição, e da descrição do processo de desenvolvimento e implementação do Projeto de Intervenção Profissional, metodologia utilizada, os critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, a discussão dos resultados obtidos.

6.1 Fundamentação das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

A alteração da deglutição pode comprometer a pessoa com AVC de se alimentar e hidratar adequadamente tendo repercussões na sua vida e, por conseguinte, conduzir ao declínio da QV (Bastos, 2014). Nesta perspetiva salientamos que num conjunto de ações, também é importante primeiramente realizar uma avaliação da pessoa com AVC, para a deteção de existência de outras alterações, como também conduzir a implementação de intervenções específicas, dado que a curto ou médio prazo poderão ter repercussões na pessoa, no seu estado de saúde e consequentemente na sua QV (Moreira, 2012; Timmerman, Heijnen, & Klijn-Zwijnenberg, 2014). Requer-se, portanto, uma avaliação global e criteriosa da pessoa com AVC, com vista a implementar um programa de reabilitação específico e completo.

Por todas as particularidades inerentes às alterações da funcionalidade que comprometem a pessoa com AVC, realizamos ao longo deste estágio vários planos de cuidados individuais com implementação de intervenções pontuais e necessárias para a recuperação/capacitação máxima do utente, de forma a prolongar os resultados no tempo. Os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, foram adequados à condição de saúde da pessoa, às suas funções e estruturas corporais e aos níveis de atividade e participação (Braga, 2017b), e a título de exemplo apresentamos um plano de cuidados de uma pessoa internada, aquando implementado o seu programa de reabilitação (APÊNDICE 1).

Com o objetivo de avaliar os resultados do programa de reabilitação, demonstrar a efetividade e eficiência dos cuidados; prever os cuidados necessários após a alta; ajustar os recursos; auxiliar na gestão de utentes e contribuir na investigação clínica (Lisboa, 2017), recorremos a vários instrumentos de avaliação, como sendo: ECG; Escala Numérica da dor; Escala de Braden (risco úlceras por pressão); Escala de Morse (risco de queda); Escala de *Asworth* Modificada (tónus muscular); Escala de Equilíbrio de Berg; Escala de Barthel (Avaliação das ABVD); Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária; Escala de Lower (grau da força muscular); Escala de Borg modificada (avalia o grau de dispneia no idoso); National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS); MMSE; Escala de GUSS (risco de disfagia); O questionário *Swallowing Quality of Life questionnaire* (SWAL-QOL) para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a disfagia; a satisfação da pessoa aos cuidados de saúde, através do questionário *Quality of Care in Swallowing Disorders* (SWAL-CARE).

Realizamos ensinamentos informais aos enfermeiros generalistas sobre questões relacionadas com o posicionamento correto da pessoa com AVC, com vista a evitar complicações resultantes da inatividade e prevenir o padrão anti-espástico, alerta para os sinais e sintomas para o risco de disfagia e, modificações posturais na hora de alimentar a pessoa. Ainda, na procura da educação e informação das pessoas afetadas e familiares/cuidadores, evitar complicações futuras e continuar, de alguma forma, a contribuir no processo de reabilitação com sentimentos de segurança e autoconfiança (Portillo & Cowley, 2011), realizamos um folheto informativo sobre os cuidados à pessoa com alteração da deglutição, para entregar ao familiar/cuidador (APÊNDICE 2).

Pelo que foi já descrito, não há dúvida que um programa de reeducação funcional da deglutição deve existir por parte do enfermeiro de reabilitação, uma recolha de dados importantes. Esta recolha deve envolver uma anamnese e exame físico da pessoa; características da respiração; avaliação da deglutição; levantamento de algumas características do núcleo familiar/cuidador (Hoeman, 2011; Braga, 2017a; Ferreira 2017).

6.1.1 Anamnese e Exame Físico

A disfagia de causa neurológica pode resultar numa disfunção na preparação oral, na transferência oral e na motilidade faríngea e, dentro das patologias neurológicas o AVC é a

patologia mais comum para a existência da disfagia (Ferreira, 2017), independentemente do hemisfério afetado (Ropper e Brown, 2005).

Em respeito ao compromisso da deglutição, pode estar relacionado com alteração funcional ou estrutural das estruturas envolvidas na deglutição, como também com outras alterações como o estado de consciência, atenção, sensibilidade, entre outras (Braga, 2016). Alguns autores como Moreira (2012), Braga (2017a) e Ferreira (2017), referem existir vários sintomas e situações associados às alterações da deglutição na fase orofaríngea que permitem conduzir a um diagnóstico de enfermagem de deglutição comprometido, como sendo: sialorreia/ dificuldade no controlo das secreções orais e rinorreia; paralisia dos lábios, língua ou face, mastigação prolongada; dificuldade no controlo da ingestão de líquidos e dificuldade ou incapacidade de iniciar a deglutição; presença de alimentos ou líquidos na boca após várias tentativas de deglutição; dificuldade ou incapacidade de retirar resíduos da boca com a língua; deglutições múltiplas e repetitivas comparativamente à quantidade ingerida; sinais de esforço quando a pessoa mastiga ou deglute e tosse enquanto bebe e/ou come; modificação da qualidade vocal antes durante e após a refeição; deglutição ruidosa e alterações da respiração durante ou após a refeição; regurgitação de alimentos ou líquidos pelo nariz; vômitos, náuseas, dor na região do esterno; consumo limitado ou desequilibrado de sólidos e líquidos; refeição mais prolongada do que o habitual, desidratação, malnutrição; fraqueza progressiva, letargia, sonolência, perda de apetite e de peso; modificação dos padrões de sono, presença de hipertermia e crises repetidas de bronquites ou pneumonias.

Portanto, numa primeira abordagem da pessoa com AVC com deglutição comprometida é importante identificar a idade; o nível de consciência e estado cognitivo; a estabilidade hemodinâmica, com destaque às características do foro respiratório.

A idade

O envelhecimento da população e a esperança de vida estão cada vez mais presentes nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, sendo que o número de idosos em Portugal segue uma linha crescente exponencial, com tendência a passar de 2,1 para 2,8 milhões (Estatística, 2017). Este fenómeno tende a traduzir-se em alterações na organização da dinâmica pessoal, familiar, social e profissional, pelo que o envelhecimento é um processo que exige adaptação progressiva e compensação pelas perdas, e as alterações fisiológicas internas que ocorrem com o passar do tempo, nas atividades físicas, no estado emocional, na fadiga, no

sistema digestivo com ênfase à perda do paladar e do olfato, sistema intestinal e no habitual ciclo de repouso-atividade (Umphred, 2010). Se a saúde da pessoa é alterada por doença ou trauma, a pessoa passa por um processo de adaptação (Shulte, Stephens, & Ann, 2009). Nos fatores de risco associados às alterações da deglutição, consta a idade avançada e as patologias cerebrovasculares como o AVC (Park et al., 2013). Em pessoas com menos de 60 anos, as alterações da deglutição na fase orofaríngea estão geralmente associadas a patologias oncológicas e neurológicas, enquanto que em pessoas idosas, com mais de 65 anos, está relacionada com o próprio envelhecimento (presbifagia) ou com o AVC e doenças neurodegenerativas (Baijens, et al., 2016).

O estado de consciência

A deglutição é um processo multifatorial complexo que requer interação e coordenação de respostas conscientes e por parte da pessoa (Eskildsen, Jakobsen, Riberholt, Poulsen, & Curtis, 2019). Para medir o estado de consciência, existem diversos tipos de escalas, com o objetivo de avaliar a gravidade inicial da lesão cerebral e para diagnosticar as curvas de recuperação. A ECG é utilizada para a pessoa com AVC (por ser um indicador para a existência de alterações relacionadas com a deglutição), lesões cerebrais e doenças cardíacas. Para uma maior confiabilidade na avaliação da pessoa com AVC é recomendado um score 15 da ECG (Umphred, 2010).

O estado cognitivo

Em patologias de origem neurológica, a cognição pode encontrar-se comprometida, como é o caso da agnosia, por interferir na não ingestão dos alimentos (Daniels, 2006). O MMSE é um exame que permite verificar disfunções cognitivas e suas alterações ao longo do tempo. Este exame pode identificar se o utente está orientado, se tem memória (a curto prazo), se consegue ler, escrever, calcular, ver e reproduzir através de desenho a relação entre o objeto ou figura. Uma baixa pontuação, ≤ 15 pontos pode significar que o utente poderá apresentar outras alterações associadas como analfabetismo, demência, delírio, atraso mental, síndrome de amnésia ou afasia ≥ 15 e ≤ 22 para 1 a 11 anos de literacia, e ≥ 23 ≤ 27 para literacia superior a 11 anos (Umphred, 2010). O seu preenchimento não requer muito tempo, cerca de 5 minutos (Van Steenoven, et al., 2014).

Características da respiração

As alterações respiratórias podem decorrer de alterações do próprio sistema respiratório como também acontecer em função de alterações em outros sistemas em função da alteração do sistema respiratório (Cordeiro & Menoita, 2012). Na pessoa com AVC, podem existir alterações respiratórias, por estarem relacionadas com o enfraquecimento da musculatura respiratória diafragmática, intercostal e acessória, além da diminuição da complacência pulmonar, pico de fluxo de tosse < 270 L/min, e aos sintomas bulbares, como a diminuição do reflexo de tosse com a aspiração (Umphred, 2010).

Pela proximidade do centro de deglutição e do centro da respiração, exige, portanto, uma coordenação entre a deglutição e o ciclo respiratório (Braga, 2017b). A pessoa com alterações da deglutição pode apresentar problemas nutricionais associados à fraqueza dos lábios, língua, palato e músculos mastigatórios, apresentam alto risco de aspiração. Uma das complicações é o transporte da saliva (sialorreia), o fluxo normal é de aproximadamente 1ml/min, mas com estimulação esta produção pode aumentar para 8ml/min (Umphred, 2010). Na presença de doença cerebrovascular ao apresentar dificuldade no transporte da saliva para a orofaringe no momento da deglutição, os engasgos são comuns dando lugar a pneumonias de aspiração (Hoeman, 2011; Cordeiro & Menoita, 2012).

Intervenções como o treino dos músculos respiratórios, diminui o risco de aspiração e melhora a eficácia da tosse (Braga, 2017b). Como caráter preventivo é importante intervenções para melhorar a ventilação, o padrão respiratório e mecânica ventilatória e aplicar técnicas para assegurar a permeabilidade das vias aérea e fortalecimento dos músculos respiratórios (Braga, 2017b). Também, implementar intervenções para a redução da tensão psíquica e muscular e diminuir a sobrecarga muscular, englobando técnicas de descanso e relaxamento e consciencialização e controlo da respiração (Cordeiro & Menoita et al., 2012; Presto & Damázio, 2009). A salientar que estas técnicas vêm ao encontro de sintomas como a ansiedade e a fadiga, por serem muito comuns numa pessoa com AVC. A ansiedade e fadiga resulta da insuficiência respiratória devido a paralisia de um dos lados do tórax, sendo que na presença de hemiplegia a pessoa pode consumir mais 50% do oxigénio quando caminham lentamente (Umphred, 2010). Spruit et al. (2013) corroboram esta informação, pois os utentes com a ansiedade não controlada comprometem a sua participação no programa de reabilitação, pondo em causa os benefícios do mesmo. Por outro lado, a ansiedade pode conduzir a alteração do

padrão respiratório, pelo que é importante integrar num programa de reeducação funcional respiratória exercícios de controlo da respiração e estratégias de *coping* de modo a reduzir os episódios de ansiedade e obter-se ganhos nos resultados.

Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar através da respiração diafragmática, espirometria de incentivo, exercícios respiratórios (reeducação diafragmática, reeducação das hemicúpulas diafragmáticas, reeducação diafragmática com resistência, reeducação costal global com e sem bastão, reeducação costal seletiva) (Presto & Damázio, 2009)

A respiração diafragmática ou abdomino-diafragmática reduz o trabalho respiratório, promovendo uma maior excursão do diafragma, recorrendo a inspirações profundas e a expirações lentas, melhorando a ventilação (Cordeiro & Menoita, 2012). A espirometria de incentivo prioriza a manutenção da inspiração máxima, pelo que os espirómetros de incentivo têm como função a reexpansão pulmonar, manter a permeabilidade das vias aéreas e o fortalecimento da musculatura respiratória (Presto & Damázio, 2009; Cordeiro & Menoita, 2012).

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas é importante intervenções como o ensino da tosse (dirigida, assistida, *huffing*). A tosse é um mecanismo de limpeza das vias aéreas, sendo uma ação reflexa do organismo, (Cordeiro & Menoita, 2012), pelo que o ensino e o treino da tosse constitui um aspeto fundamental da reeducação funcional respiratória, como efeito protetor e limpeza das vias aéreas (Presto & Damázio, 2009).

Para a corrigir os defeitos posturais, é recomendado a técnica de correção postural com recurso a espelho. A correção postural contribui para a prevenção de síndromes dolorosas, através da consciencialização precoce das posturas e do desenvolvimento de exercícios equilibrados em termos de força e flexibilidade (Cruz, et al., 2007), por outro lado, uma posição correta permite uma boa ventilação (Cordeiro & Menoita, 2012). Os exercícios de mobilização torácica e osteoarticular, são importantes para o fortalecimento dos músculos respiratórios, músculos estes que assumem uma participação importante na eficácia da tosse, por contribuir para o aumento da pressão positiva pleural, produção de alta velocidade do fluxo nas vias aéreas e proteção contra a aspiração de alimentos, secreções ou outros corpos estranhos (Cordeiro & Menoita, 2012).

Quanto à avaliação da saturação periférica de oxigénio, mesmo não havendo consenso da literatura sobre a relação existente entre este parâmetro e a aspiração laringotraqueal, uma revisão sistemática da literatura (Menzen, Nunes, & Cardoso, 2020) refere que nos estudos analisados este tipo de avaliação é fortemente recomendada como um sinal a ser observado durante a avaliação da disfagia, uma vez que a variação $\geq 2\%$ representa um alarme, associado a outros parâmetros de avaliação.

Alguns autores recomendam a auscultação cervical para ouvir os sons da deglutição. Os sons audíveis são sugestivos da deposição de resíduos alimentares, secreções ou saliva nas valéculas, no seio piriforme ou nas vias aéreas antes do início da deglutição faríngea (Umphred, 2010).

6.1.2 A avaliação da deglutição

O estudo da deglutição e da eventual disfagia é muito importante do ponto de vista clínico, a sua deteção precoce é essencial, principalmente nos casos mais graves, nos quais o risco de aspiração é elevado. Uma deteção precoce pode evitar complicações ao utente, como por exemplo, o desenvolvimento, a desnutrição, pneumonias de aspiração e por conseguinte diminuir o tempo de internamento hospitalar e os custos que lhes estão associados (Ferreira, 2017).

A avaliação videofluoroscópica tem sido considerada *gold-standard* para avaliar a capacidade de engolir, no entanto, as limitações ou contraindicações para este procedimento invasivo levam a ponderar a possibilidade de outra abordagem menos invasiva. Além disso, o tempo de espera para estes procedimentos invasivos pode ser demorado e os utentes podem beneficiar de estratégias de prevenção que são implementadas muito mais precocemente (Kawanami, 2012).

Para a deteção dos sinais e sintomas decorrentes das alterações da deglutição, existem várias ferramentas de avaliação não invasivas, no entanto salientamos a escala GUSS não só por avaliar a gravidade do risco de aspiração alimentar e recomendar uma dieta em função do risco, como também por se tratar de uma escala de fácil e rápida aplicação e, utilizada por vários profissionais de saúde (Ferreira, 2017). Esta escala é dividida em duas partes, uma avaliação

indireta da deglutição por não envolver alimentos e, uma avaliação direta da deglutição porque envolve testes com alimentos de várias consistências alimentares.

No teste indireto de deglutição são avaliados a vigilância do utente, tosse voluntária, deglutição de saliva, sialorreia e mudança vocal. Os critérios utilizados no teste direto são a deglutição em si, tosse involuntária, sialorreia e mudança vocal. A deglutição é determinada pela observação da elevação efetiva da laringe. Alterações da voz, em particular, a qualidade de voz “molhada” permanentes após a deglutição, são considerados parâmetros confiáveis para deteção de aspiração, assim como a tosse voluntária fraca ou ausente, a tosse espontânea antes, durante ou após a deglutição, são considerados preditivos do risco de aspiração (Trapl. et. al., 2007).

Após a avaliação do grau da severidade do compromisso da deglutição é importante realizar uma avaliação criteriosa quanto às estruturas anatómicas principais, os pares cranianos e a fisiologia da deglutição. Na tabela 1 apresentamos estruturas anatómicas envolvidas na deglutição.

Tabela 1 Estruturas Anatómicas Envolvidas na Deglutição

Estruturas Anatómicas	Função
Lábios	Abertura e encerramento da boca, permite a insuflação, a mímica facial, a mastigação, a fonação, a sucção, o beijo.
Língua	Responsável pela Motilidade, protusão, e retração, os movimentos complexos durante a mastigação, fala e deglutição.
Mandíbula	Suporte para a dentição, os músculos responsáveis na mastigação (Masséter, o Pterigóideo medial, o Temporal, e o Pterigóideo lateral) e mímica facial e, conjunto com a articulação temporomandibular, ajuda na deglutição.
Hioide	O osso hioide é ímpar, encontra-se suspenso na parte anterior do pescoço. Não se liga diretamente a nenhuma outra estrutura óssea, mas a uma inserção de músculos com origem na língua, faringe, escápula e esterno e por ligamentos. Participa na deglutição, a mastigação e na produção da fala.
Palato	Desencadeia mecanismos protetores e reflexos como o vômito, a eructação. Auxilia no encerramento da parte nasal da faringe aquando a deglutição.

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

	Permite a vocalização tipo “ah”.
Laringe	Morfologia e movimentos das cordas vocais (permite a fonação), encerramento da glote (proteção da via aérea). A elevação e anteriorização da laringe representa um movimento importante ao facilitar a abertura do músculo cricofaríngeo e permitir a passagem do bolo alimentar sobre a valécula e epiglote para o esôfago. Participa nas funções digestiva e respiratória.
Controlo muscular da cabeça e pescoço	Auxilia no movimento dos músculos orais e do pescoço para a alimentação e a linguagem. O Músculo Esternocleidomastóideo é um músculo longo e bilateral do pescoço, participa na realização dos movimentos da cabeça, flexão do pescoço, lateralmente e anteriormente, rotação da cabeça contra lateralmente ao lado da contração. O músculo Longo do Pescoço permite os movimentos de flexão da coluna cervical. Os Escalenos são três músculos cervicais pareados, são responsáveis pela elevação das costelas, e podem estar ativos durante na inspiração.

Fonte: Adaptado de Seeley et al (2012); González & Lopes (2000); Marchesan (2008); Cordeiro & Menoita (2012); Braga (2017a)

O comprometimento dos nervos cranianos pode conduzir a múltiplas complicações, como a disfagia e alteração da linguagem, resultante por exemplo da paralisia das cordas vocais (Umphred, 2010). Na tabela 2 apresenta-se os nervos cranianos envolvidos na deglutição.

Tabela 2 Nervos Cranianos envolvidos na deglutição

Nervos Cranianos	Função
Nervo Trigêmeo (V)	Sensibilidade tátil e termo-álgica da face e dos 2/3 anteriores da língua. Músculos mastigatórios (reflexo mandibular) - Masseter, Temporal, Pterigoideos (mediais e laterais), língua e face.
Nervo Facial (VII)	Sensibilidade gustativa (paladar) 2/3 anteriores da língua. Músculos face – mímica facial e envolvidos na mastigação: Bucinador, Orbicular, Estilo -hióideo, Platisma, ventre posterior do Digástrico. Inervação vegetativa de glândulas salivares submandibulares/submaxilares e sublinguais.
Glosssofaríngeo (IX)	Sensibilidade gustativa (paladar) 1/3 posterior língua Sensibilidade tátil e termo-álgica: 1/3 posterior da língua, palato mole. Reflexo de gag / deglutição (velopalatino e faríngeo/ náusea / vômito). Músculos: Estilo -faríngeo, Constrictor (superior, médio e inferior) da faringe.

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

	Inervação vegetativa de glândulas salivares parótidas.
Nervo Vago ou Pneumogástrico (X)	Sensibilidade: amígdalas, faringe, palato mole, laringe, vísceras Músculos: Cricotiróideos da laringe (nervo laríngeo superior e nervo laríngeo inferior / recorrente), faringe, palato, esófago Fonação. Reflexo de gag / deglutição (velopalatino e faríngeo / náusea / vômito).
Nervo Acessório (X)	Raiz que se une ao nervo recorrente – músculos: laringe (exceto Cricotiróideos). Raiz medular: extensão, flexão, inclinação e rotação cabeça (Trapézios, Esternocleidomastóideo)
Nervo Hipoglosso (XII)	Músculos da língua (Geniohioideus e Tireo-hioideo).

Fonte: Adaptado de Seeley et al. (2012); Umphred (2010); Cordeiro & Menoita (2012); Braga (2017a)

Conhecidas as estruturas anatómicas e os pares cranianos envolvidos no processo da deglutição, é importante fazer uma breve descrição da fisiologia da deglutição. A deglutição é composta por quatro fases como sendo a Fase oral Preparatória, Fase Oral, Fase Faríngea e a Fase Esofágica (Braga, 2017a).

Na Fase Oral Preparatória (fase consciente e voluntária), tem uma durabilidade de 1 a 20 segundos. O alimento é manipulado para obter a consistência necessária para a deglutição, existe um corte pelos dentes incisivos e trituração pelos restantes. Os movimentos são coordenados em conjunto com as estruturas anatómicas: mandíbula, maxilar, língua, lábios, bochechas, palato. Nesta fase a saliva tem uma função importante porque permite lubrificar e diluir o alimento para facilitar a mastigação, a gustação e a deglutição. A função neuromuscular mais importante envolvida nesta fase é o movimento lateral de rotação da língua. A língua envolve o alimento em forma bolo com ajuda do palato duro. A via aérea encontra-se aberta e a respiração é realizada por via nasal (Braga, 2017a; Logemann, 2015).

Na Fase Oral (fase consciente e voluntária), o bolo é conduzido à porção posterior da língua para desencadear o reflexo de deglutição. Novamente, o movimento da língua é o elemento mais crítico nesta fase da deglutição porque a língua molda, levanta e contrai o bolo alimentar para cima e para trás ao longo do palato duro até que o alimento alcance a faringe. A mastigação é realizada enquanto o bolo alimentar permanece na cavidade oral, e os movimentos de propulsão da língua vão permitir a deslocação ântero-posterior do bolo alimentar para a orofaringe. A tensão na musculatura bucal também contribui para impulsionar o bolo para a parte posterior, mas a um grau muito menor do que os movimentos da língua. É na parte faríngea

e valécula, que o bolo alimentar vai acumular-se. Em pessoas saudáveis a fase oral dura não mais que 1 segundo a 1,5 segundo. Contudo, pode estar ligeiramente aumentado nas pessoas idosas e com o aumento da viscosidade do bolo alimentar (Umphred, 2010; Logemann, 2015; Braga, 2017a).

A Fase Faríngea é uma fase consciente, mas involuntária (reflexa) e tem uma duração \leq 0,7 segundos. Nesta fase ocorrem vários mecanismos como o encerramento velofaríngeo, a propulsão do bolo para a faringe, o encerramento da laringe e um relaxamento do esfíncter esofágico superior. A via aérea encontra-se protegida porque termina o processo de mastigação enquanto que a respiração é inibida. O encerramento das vias respiratórias superiores é realizado pela elevação do véu palatino e evita assim o refluxo nasal, enquanto o encerramento da via respiratória inferior é realizada pelas pregas vocais, elevação da laringe e descida da epiglote sobre o vestíbulo laríngeo, evitando desta forma a penetração laríngea e aspiração traqueobrônquica / pulmonar (Umphred, 2010; Logemann, 2015; Braga, 2017a). O osso hioide tem uma participação importante nesta fase, porque o seu movimento ântero-superior permite abrir o esfíncter esofágico superior e garantir o encerramento da parte superior laríngea pela epiglote (Pearson et al., 2011).

A Fase Esofágica é uma fase inconsciente e involuntária (Autónoma). As ondas peristálticas do esófago permitem a passagem do bolo alimentar da faringe para o estomago. Existe uma abertura do esfíncter esofágico superior, uma tração radial exercida pelo bolo alimentar, um relaxamento do músculo cricofaríngeo e uma tração induzida pela elevação da laringe. A duração desta fase varia entre os 4 a 20 segundos (Seeley et al., 2012; Logemann, 2015; Braga, 2017a).

Complicações como a aspiração alimentar, pode ocorrer antes, durante ou após a deglutição faríngea. Se a aspiração ocorrer antes da deglutição faríngea pode resultar devido a um ou dois distúrbios, pelo controlo da língua reduzido ou deglutição faríngea atrasada ou ausente. No caso do fraco controlo língua durante as fases preparatória ou oral da deglutição, resíduos do bolo alimentar podem cair na faringe e nas vias aéreas enquanto a pessoa mastiga (Logemann 2009).

É importante relembrar que as vias aéreas estão abertas nas duas primeiras fases da deglutição. A via aérea encerra apenas por uma fração de segundo durante a deglutição faríngea. Por outro lado, a aspiração antes da deglutição também pode ocorrer devido a uma deglutição faríngea atrasada ou ausente (Logemann 2009). Nesses utentes, o alimento é expelido da

cavidade oral pela língua e cai na faringe, podendo depositar-se nas valéculas, no seio piriforme ou nas vias aéreas antes do início da deglutição faríngea. A entrada de alimentos nas vias aéreas nem sempre desencadeia tosse, particularmente em utentes com alteração neurológica (Logemann, 2015). Portanto, os resíduos existentes na cavidade oral representam um risco de aspiração alimentar, sendo por isso importante manter uma boa higiene oral na pessoa com disfagia (Hoeman, 2011).

6.1.3 Avaliação do núcleo familiar/cuidador

Como já referimos, o compromisso da deglutição pode causar complicações como a desnutrição, desidratação e aspiração alimentar, no entanto também tem um impacto psicossocial negativo e contribui para os custos pessoais, sociais e económicos que não deve ser desvalorizado (Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015).

O AVC por ser muito repentino ocasiona uma mudança dramática no desempenho e *feedback* dos sistemas motores, sensoriais, visuais e preceptivos, pode deixar a pessoa com alterações motoras e funcionais, confusa, revoltada, *stressada*, frustrada e com medo (Umphred, 2010). Quando um AVC ocorre tendo como resultado uma deficiência, não há tempo para a progressiva adaptação. Os ajustes do núcleo familiar podem causar mais estragos do que outra qualquer incapacidade funcional para os sobreviventes de uma pessoa com AVC a longo prazo. A redução do interesse em realizar atividades sociais dentro e fora de casa e o desinteresse por *hobbies*, atribuídos à incapacidade, podem impedir o retorno da pessoa a uma vida familiar e social normal. Também sentimentos de rejeição e o medo de comer e aumentar os custos financeiros podem interferir na interação da pessoa afetada com o ambiente familiar (Hesbeen, 2003).

A pessoa com disfagia frequentemente torna-se clinicamente deprimida com sintomas de perdas de sono e de apetite, culpa e uma perspetiva sem esperança. Membros da família/cuidador podem ter dificuldade em avaliar capacidades da pessoa com AVC e tendem a ser super protetores. Um indicador são os casamentos ou uniões de longa duração, não se tendem a dissolver quando um membro tem um AVC (Umphred, 2010).

Apesar das políticas de cuidados conduzir-nos a cuidados essencialmente dirigidos para o tratamento da doença em si (Ferreira, 2016), alguns estudos vêm referir que a inclusão da

família ou cuidadores nos cuidados, permite benefícios no processo de recuperação, segurança da pessoa e na continuidade dos cuidados (Hesbeen, 2003). Também Petronilho (2007) e Umphred (2010), referem que a família deverá ser foco de atenção dos cuidados e integrar o programa de reabilitação, para que de alguma forma se consiga implementar precocemente estratégias adaptativas e diminua os efeitos do *stress* devido a uma nova condição de saúde. O exemplo da possibilidade de o utente ter uma alimentação “caseira”, pode minimizar sentimentos de medo, reduzir custos e implicações no convívio familiar e social (Umphred, 2010). Fazer as refeições junto da família aumenta o prazer na comida e fortalece os laços (Baijens, et al., 2016).

Portanto, a relação que o enfermeiro de reabilitação estabelece com a família/cuidador torna-se essencial para aliar esforços no processo de reabilitação da pessoa, por vezes medidas preventivas sobre determinados fatores que podem surgir no decorrer do regresso a casa, podem evitar complicações e reinternamentos. No entanto, a motivação e a participação nos cuidados são essenciais para a reabilitação com sucesso, sendo fundamental que os utentes/famílias estejam motivados e encorajados para conseguir superar os problemas associados. Compete à enfermagem de reabilitação criar estratégias para melhorar as capacidades funcionais da pessoa, promover a socialização, a dignidade da pessoa e família (Figueira, 2008), dar ferramentas como mecanismos de *coping* focalizados na emoção, nas preocupações e medos da pessoa e família, e na resolução do problema em conjunto com perspetiva de recuperar a QV (Hesbeen, 2003).

Perante esta evidência é fundamental que o enfermeiro de reabilitação, no momento da admissão do utente no internamento, realize um levantamento da existência e possibilidade da participação da família ou cuidador de referência no programa de reabilitação.

6.1.4 Reeducação Funcional da Deglutição

Sabemos que a deglutição envolve um processo previsível e sistemático e qualquer alteração estrutural, fisiológico ou neurológico neste processo pode causar disfagia. As manifestações clínicas podem variar de pessoa para pessoa, pelo que devemos considerar o planeamento de um programa de reabilitação personalizado, com vista a melhorar a função da deglutição e sua QV (Logemann, 2007). Assim a reeducação da deglutição torna-se fundamental porque engloba um conjunto de exercícios que objetivam estratégias

compensatórias; adaptações da dieta; fortalecimento do tónus muscular, a precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição e a estimulação das vias aferentes para eliciação de um reflexo eficaz da deglutição (Logemann, 2015).

Medidas de adaptação à pessoa com deglutição comprometida

O ato de mastigar e engolir é complexo e requer coordenação reflexa e ação consciente. A abordagem de reabilitação ao utente com disfagia, pode ser variada, no entanto descrevemos algumas medidas de adaptação.

- Controlo do Tronco

Existem técnicas posturais como o controlo do tronco, para aumentar a estabilidade da região superior do corpo, preparando o utente para a mastigação e a deglutição automática. Os padrões básicos do tronco a serem reeducados engloba o controlo do movimento anterior/posterior da região inferior do corpo para permitir a movimentação em direção à mesa e voltar para a cadeira e, o controlo anterior/posterior e lateral para promover o controlo da cabeça e do membro afetado de deglutição (Logemann, 2015).

- Posição da cabeça

A flexão cervical (queixo para baixo), está indicada para a pessoa que apresenta atraso da deglutição na fase faríngea e no encerramento ineficaz da via aérea. Esta posição dificulta a elevação da laringe e aumenta o espaço da valécula, evitando que o utente possa aspirar antes de realizar a deglutição (Braga, 2017b; Jeri & Logemann, 2009).

A extensão cervical pode ser aplicada na pessoa que apresenta problemas no funcionamento da língua. Esta posição facilita a propulsão do bolo alimentar, favorecendo as pessoas que apresentam risco de aspiração após a deglutição. Contudo não deve ser aplicada na pessoa com défices de atenção ou alterações do juízo de segurança (Braga, 2016; Jeri & Logemann, 2009).

A rotação cervical para o lado afetado. Esta posição pode facilitar uma deglutição mais eficiente, direcionando o fluxo do bolo alimentar em direção ao lado mais forte da faringe, onde

as cavidades faríngeas são fechadas. Esta posição pode ser aplicada na pessoa com paresia unilateral. Este posicionamento permite a adução das pregas vocais do lado para onde se realiza a rotação e ajuda a passagem do bolo alimentar pelo lado são (Braga, 2017b; Logemann, 2008).

A fexão lateral para o lado são. Esta posição pode ser utilizada nas pessoas que apresentem alterações da deglutição na fase oral e faríngea. Evita a passagem do bolo alimentar pelo lado afetado, aliado à gravidade que também ajuda a direcionar o bolo alimentar para o lado são (Braga, 2017b).

- Modificação da dieta – Consistência, volume e estimulação sensitiva

A abordagem do utente com disfagia para além do posicionamento do tronco e cabeça, o estilo “deglutir pensando” permite uma deglutição consciente oposta à dependência da deglutição reflexa. A seleção da comida e do líquido é importante passando por consistência semi-pastosa húmida e líquidos espessos, até atingir para alimentos mais complexos, sem nunca esquecer a comida favorita da pessoa (Logemann, 2008). Uma técnica consciente de deglutição é iniciada com líquidos espessos (mel ou néctar), passando após para os líquidos, quando a resposta de coordenação oromotora do utente for o suficiente para controlar o movimento dos mesmos. Se a pessoa encerrar eficazmente os lábios, os líquidos poderão ser administrados por copo ou palhinha (curta), para diminuir o esforço (Umphred, 2010). Alimentos semi-macios e húmidos são introduzidos gradualmente, como é o caso da massa, puré de batata e gelatina. Devem ser evitados alimentos de consistência mais espessa ou que “esfarele”, tipo bolachas, biscoitos, queijo e salgados (Logemann, 2008; Umphred, 2010). Para além de se ter em atenção às consistências para adequar as intervenções, também o volume tem uma função importante na deglutição. Volumes maiores proporcionam a estimulação sensitiva, por permitirem ao utente a perceção do bolo alimentar na cavidade oral. Porém, aquando a administração deste tipo de volume há que ter em atenção o risco de aspiração (Braga, 2017b).

A estimulação sensitiva normalmente é utilizada em pessoas com atraso no desencadeamento da deglutição faríngea (Ferreira, 2016). Os sabores podem ser utilizados segundo a função que se pretende estimular. Assim, os alimentos amargos permitem um aumento da amplitude, força de contração e aumento da pressão da língua. Os alimentos cítricos, promovem uma melhoria dos reflexos da deglutição e estimulam a secreção de saliva e, as bebidas gaseificadas pretendem estimular os recetores da cavidade oral e potenciar mais

rapidamente a deglutição, ou seja, permitem reduzir a acumulação de resíduos na boca após a deglutição e por conseguinte o risco de aspiração (Braga, 2017b). No entanto, Umphred (2010) refere que as modalidades de estimulação da deglutição podem ser conjugadas, com vários sabores, texturas e temperatura, sem que isto importe custos acrescidos ao utente.

Exercícios de amplitude de movimento e de resistência muscular

Este tipo de exercícios apresenta benefícios em pessoas que apresentem sinais e sintomas como défice no encerramento labial, sialorreia, assimetria facial, dificuldades na mastigação, acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral e lentificação na preparação do bolo alimentar (Jeri & Logemann, 2009; Braga, 2017b).

Na tabela 3 apresentamos a estruturas anatómicas e os exercícios de amplitude de movimento e de resistência muscular, correspondentes.

Tabela 3 Exercícios amplitude de movimento e resistência muscular das estruturas anatómicas da deglutição

Estruturas Anatómicas	Exercícios de amplitude de movimento e resistência muscular
Lábios	Protrair; retrain; lateralizar; segurar espátula com os lábios protraídos; segurar espátula em repouso. “ <i>Lip Pursing</i> ” - Encerra os lábios com a mão (para a hipotonia do lábio e controlo do bolo alimentar)
Língua	Lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro (“estalar” língua); protrair; retrain; vibrar; enrolar; elevar e abaixar ponta de língua; “varrer” palato ântero-posterior; empurrar a espátula com ponta de língua; empurrar as bochechas com ponta de língua.
Bochechas	Insuflar unilateral e bilateralmente; sugar (para aumentar a força e a extensão do movimento); -soprar; aplicar força antagónica entre a bochecha e a espátula.
Palato mole	Soprar; sugar; emitir sons tipo “ah” e “ã”
Laringe	Cantar algumas melodias porque otimiza o alongamento e o encurtamento das pregas vocais. Emitir sons graves e agudos intercalados. Para abaixar a laringe: sugar uma palhinha com ponta dobrada (permite a contração da laringe); bocejar. Para elevar a laringe: emitir “i” com a língua de uma forma exagerada; emitir sons agudos; protruir a língua exageradamente.

Fonte: Adaptado de Jeri & Logemann (2009); Braga (2017b)

Manobras voluntárias da deglutição e técnicas posturais

Segundo Baijens, et al. (2016), Braga (2017b) e Ferreira (2017), as manobras voluntárias da deglutição ou outras posturas permitem que a pessoa com disfagia realize mudanças específicas e importantes nas estruturas envolvidas na deglutição:

- Manobra supraglótica – Permite o encerramento das cordas vocais antes e durante a deglutição, diminuindo o risco de aspiração alimentar. A pessoa é instruída a inspirar profundamente, sustentar a respiração durante a deglutição e tossir logo após engolir para eliminar qualquer resíduo alimentar.
- Manobra super-supraglótica – Permite prolongar o encerramento da via aérea antes, durante e após a deglutição. Exige um esforço extra da pessoa, por executar uma apneia antes de deglutir, sendo esta a diferença entre a manobra supraglótica e a super-supraglótica.
- Manobra de *Mendelson* – Permite prolongar a abertura do esfíncter esofágico superior, resultante do prolongamento da extensão e duração da elevação da laringe e do osso hioide durante a fase faríngea. Para ter a percepção do movimento da laringe a pessoa é instruída a colocar os dedos polegar e indicador na região da laringe durante a deglutição.
- Manobra de *Masako* - Permite que durante a deglutição reforce a movimentação da parede posterior da faringe. Aquando a deglutição o utente é solicitado a segurar a língua com os dentes incisivos centrais enquanto faz a protração da língua.

Associado às manobras voluntárias da deglutição podem ser implementadas outras técnicas posturais, tais como:

- *Double Swallow* - Consiste numa deglutição dupla, que permite reduzir resíduos após a deglutição antes da próxima inspiração.
- Preparação dos três segundos - Embora não exista evidência a comprovar esta técnica, parece aumentar o controlo voluntário da deglutição. A pessoa é instruída a contar até três segundos antes de deglutir.
- Sucção antes da deglutição – Facilita uma maior elevação laríngea antes da deglutição.

- **Preensão labial** – Consiste na pessoa prender os lábios com os dedos. Está indicada para as pessoas que não conseguem controlar adequadamente o bolo alimentar e deixam-no cair.
- **Pressão no topo da cabeça** – Consiste na realização de pressão com a palma da mão no topo da cabeça, permitindo uma diminuição da tensão da laringe e facilitar a deglutição. Está indicada quando existe uma lentificação da deglutição.

6.2 METODOLOGIA

Como referido anteriormente a qualidade de cuidados prestados na área do compromisso da deglutição deixou de atribuir unicamente importância à ingestão fisiológica, passando a dar importância às experiências sociais, psicológicas e culturais da pessoa afetada.

Ora, é aqui o enfermeiro de reabilitação assume uma responsabilidade de grande importância, dado às competências que assume no contributo na melhoria da funcionalidade, promoção da independência e maximização da satisfação da pessoa, com preservação da sua auto estima (OE, 2011a). O enfermeiro de reabilitação coloca em prática modelos de intervenção para a prevenção de complicações provenientes da disfagia. Neste âmbito, e na procura da melhoria da qualidade dos cuidados da pessoa idosa com disfagia, realizamos um estudo sobre a avaliação da QV da pessoa idosa com disfagia.

Para o estudo utilizamos vários instrumentos, pelo que solicitamos autorização aos autores da Escala GUSS (ANEXO 5) e dos Questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE (ANEXO 6). A escala GUSS, já se encontra validada para o contexto português, o que permite identificar o grau de disfagia; o questionário SWAL- QOL a versão portuguesa foi traduzido e adaptado culturalmente para o Português Europeu (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006; Vieira, 2010). Encontra-se validado para a população oncológica portuguesa, estando em curso um estudo para a validação na população neurológica; o questionário SWAL-CARE, que permite avaliar a satisfação da qualidade dos cuidados prestados (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006), foi traduzido e adaptado para a cultura portuguesa dando origem à versão portuguesa final, contudo ainda não foi testada a sua validade psicométrica para a população portuguesa.

O instrumento SWAL-QOL é composto por 44 itens e avalia onze domínios: deglutição como sendo um “peso”, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas,

seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, função social, sono e fadiga. A pessoa responde sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta entre elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente) é utilizado o sistema de Likert de 5 pontos. O resultado é a soma dos valores obtidos na pontuação de cada domínio (Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015). O score obtido é 220 pontos, sendo que quanto mais baixa se apresentar, pior é a QV relacionada com a disfagia. Tem um tempo médio de preenchimento de 14 minutos.

Ainda incluída nesta escala são aferidas outras características como a presença, ou não, de sonda de alimentação; consistência/textura dos alimentos (dieta normal, alimentos moles, alimentos triturados, alimentação maioritariamente por sonda, ingerindo por vezes outros alimentos, alimentação por sonda); consistência dos líquidos (normal, líquidos espessos, líquidos moderadamente espessos, líquidos muito espessos, não ingere líquidos pela boca ou limitado a pedaços de gelo); e o estado de saúde geral da pessoa (McHorney et al., 2002).

Para a avaliação da qualidade dos cuidados especializados e percebermos o impacto das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alterações da deglutição, aplicamos o questionário SWAL-CARE. Este instrumento permite avaliar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do utente (Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015), ou seja, tem como objetivo conhecer a qualidade dos cuidados e a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados específicos realizados pelo enfermeiro de reabilitação. A salientar que este questionário não avalia especificamente a QV, mas ajuda o utente a expressar o seu grau de satisfação com o tratamento da disfagia (Felipini & Prado, 2016).

O instrumento SWAL-CARE é uma ferramenta constituída na sua totalidade por 15 itens. Avalia dois domínios de qualidade de atendimento, sendo o aconselhamento geral com 11 itens, pontuado numa escala Likert de seis pontos e a satisfação da pessoa com disfagia com 4 itens, pontuado numa escala Likert de quatro pontos. A pessoa responde como avalia os conselhos que recebeu nas diferentes áreas (mau, razoável, bom, muito bom, excelente e excecional), quanto aos sentimentos de bons ou maus, sobre os cuidados recebidos dos profissionais dedicados ao tratamento da deglutição, nos últimos três meses (nunca, algumas vezes, normalmente, sempre) (Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015). O resultado é a soma

dos valores obtidos na pontuação de cada domínio, sendo o score máximo obtido de 82 pontos. Quanto mais baixa se apresentar esta pontuação, pior é a satisfação do utente relativamente à satisfação da qualidade dos cuidados prestados. No seu preenchimento, sempre que possível, ambas as pesquisas devem ser concluídas pelo utente e tem um tempo médio de preenchimento de 5 minutos (Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro, 2015).

Da análise efetuada destes dois instrumentos, averiguou-se que a literatura que aborda esta temática, não define os pontos de corte no instrumento SWAL-QOL e no instrumento SWAL-CARE, para a definição dos níveis de QV dos utentes relacionados com a deglutição comprometida face qualidade de assistência nos cuidados

Reunidas estas condições, e após o parecer favorável da Comissão de Ética e Gabinete de Investigação do CHUSJ para a realização do estudo, com garantia da confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes, procedemos, portanto, à informação sobre as características dos instrumentos a serem utilizados, assim como o objetivo final do estudo. Solicitamos individualmente a cada participante a assinatura do documento de consentimento informado (ANEXO 7), sendo que no estudo final não contempla qualquer identificação/informação pessoal que possam conduzir à identificação dos participantes.

Realizou-se, um estudo descritivo transversal e correlacional com uma abordagem quantitativa na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina - Polo de Valongo do CHUSJ, entre o período de 04 de novembro 2019 a 24 de janeiro de 2020. Para o estudo foi utilizada uma amostra por conveniência, constituída por 30 pessoas com a patologia de AVC, confirmados por meio de diagnóstico médico e com compromisso da deglutição identificados através da escala GUSS.

As pessoas que fizeram parte do estudo encontravam-se na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina, internamento após a fase aguda do evento patológico, a aguardar vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados, tipologia de Convalescença.

Para determinar os critérios de inclusão foram tidas em consideração a idade superior ou igual a 65 anos (legislação vigente para que as pessoas sejam consideradas idosas); um nível de compreensão/cognição que permitisse responder aos questionários, mesmo que necessitassem de ajuda para o preenchimento dos mesmos, pelas possíveis alterações na força muscular e na motricidade fina do membro afetado. Teriam de apresentar resultados do MMSE, entre os 23 e 27 pontos (considerada escolaridade superior a 11 anos). Portanto, os critérios de

inclusão foram: pessoas de ambos os géneros; idade ≥ 65 anos; patologia de AVC com disfagia e, com capacidade de responder aos instrumentos aplicados.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas pessoas com outros eventos patológicos ou que concomitantemente à patologia de AVC apresentassem outros diagnósticos clínicos como a presença de alterações estruturais de orofaringe; nível de consciência na ECG, inferior a 15 (score máximo de 15, corresponde a uma pessoa desperta e totalmente em alerta); e apresentassem alterações hemodinâmicas, por interferir na atenção para responder aos questionários.

Para a recolha de dados e planeamento do programa de reeducação funcional da deglutição, realizamos num primeiro momento (antes da intervenção de enfermagem de reabilitação), no 2º dia de internamento da pessoa, a anamnese e exame físico, aplicação da ECG e o MMSE, avaliação do risco de disfagia com a aplicação da escala GUSS e a aplicação dos questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE. Realizamos também um levantamento de dados sobre a existência de família ou cuidador, nomeadamente do cônjuge/parceiro, filhos ou cuidador. Dados esses fornecidos pelo utente posteriormente confirmados na base de dados da instituição. Consideramos logo no primeiro momento a inclusão da família/cuidador no programa da reeducação da deglutição, para permitir uma participação ativa e direta na prestação de cuidados, com esclarecimento de dúvidas, ensino, instrução e treino de procedimentos e técnicas para um continuum na reabilitação do utente e prevenção de complicações.

A partir do 3º dia de internamento demos início à implementação dos programas de reeducação funcional da deglutição. O 2º momento da recolha de dados, ou seja, após a implementação das intervenções da enfermagem de reabilitação, foi realizada no dia anterior da alta clínica da pessoa, tendo sido novamente aplicadas as escalas de avaliação do risco de disfagia com a escala GUSS e os respetivos questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE. Neste horizonte temporal, foram realizados planos de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizados, avaliadas frequentemente a ECG e a MMSE, pelo risco de a pessoa apresentar alterações da consciência e do nível cognitivo.

O tempo médio desde a primeira aplicação e a segunda aplicação dos instrumentos de avaliação, foi de 19 dias, sendo o mínimo de 8 dias e máximo de 35 dias. A recolha de dados ocorreu em local adequado, liberto de ruídos e aplicado individualmente, sendo que em algumas

peçoas tivemos a necessidade de ajudar no preenchimento dos questionários, por alteração da força muscular e/ou da apreensão fina do membro afetado.

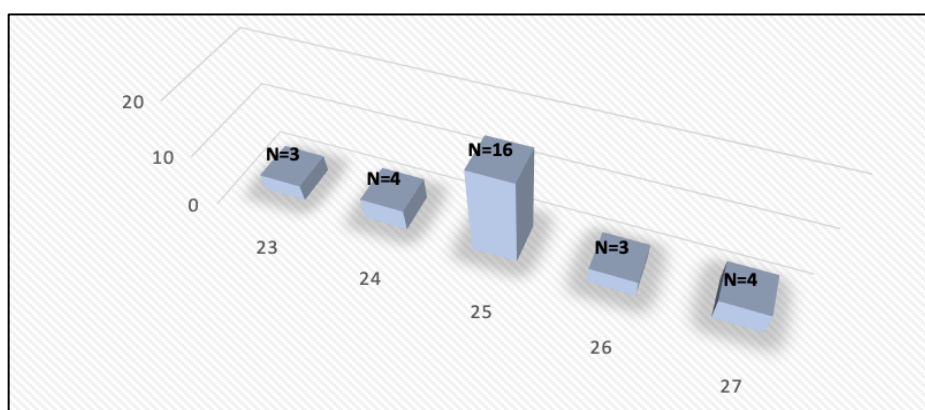
Os resultados obtidos nos questionários foram inseridos na base de dados SPSS versão 25.0, onde constam as variáveis do estudo e dados recolhidos.

6.1.1 Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 30 peçoas com média de idade de 74,3 anos, sendo mínimo 65 e o máximo 83 anos, com Desvio Padrão (DP) de 5,2 anos. Das peçoas estudadas 67,3% eram do género masculino e 33,3% do género feminino. Aferimos que todos os elementos da amostra se encontravam despertos e em alerta, com um score de 15 na ECG.

Do ponto de vista cognitivo das peçoas avaliadas, e baseado na escala MMSE, obtivemos uma pontuação entre 23 a 27 pontos, ou seja, todos os participantes tinham um nível de escolaridade superior a 11 anos (figura 1).

Figura 1 Frequência absoluta do grau cognitivo das peçoas participantes no estudo

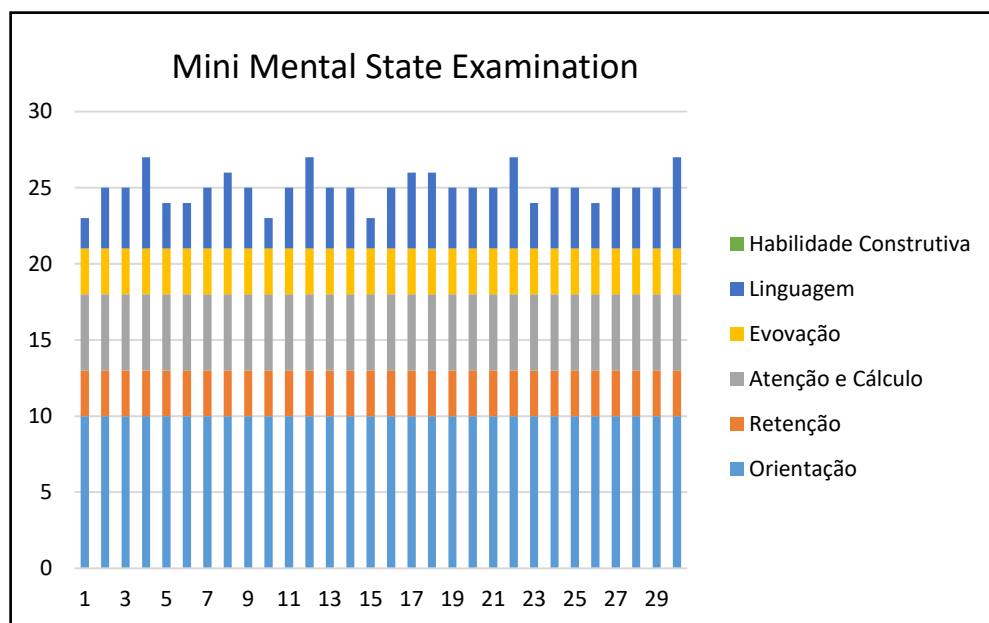


Fonte: O próprio

Esta avaliação permitiu-nos aferir que os utentes da amostra se apresentavam maioritariamente orientados, com memória a curto prazo, conseguiam ler, escrever, calcular e ver. Apresentaram uma pontuação superior a 23, o que significa que se encontravam no intervalo definido para classificar os indivíduos com um nível de escolaridade superior a 11

anos. A destacar que 53% da amostra apresentou uma pontuação de 25, numa pontuação máxima de 30 pontos do MMSE (figura 2).

Figura 2 Pontuação do Mini Mental State Examination



Fonte: O próprio

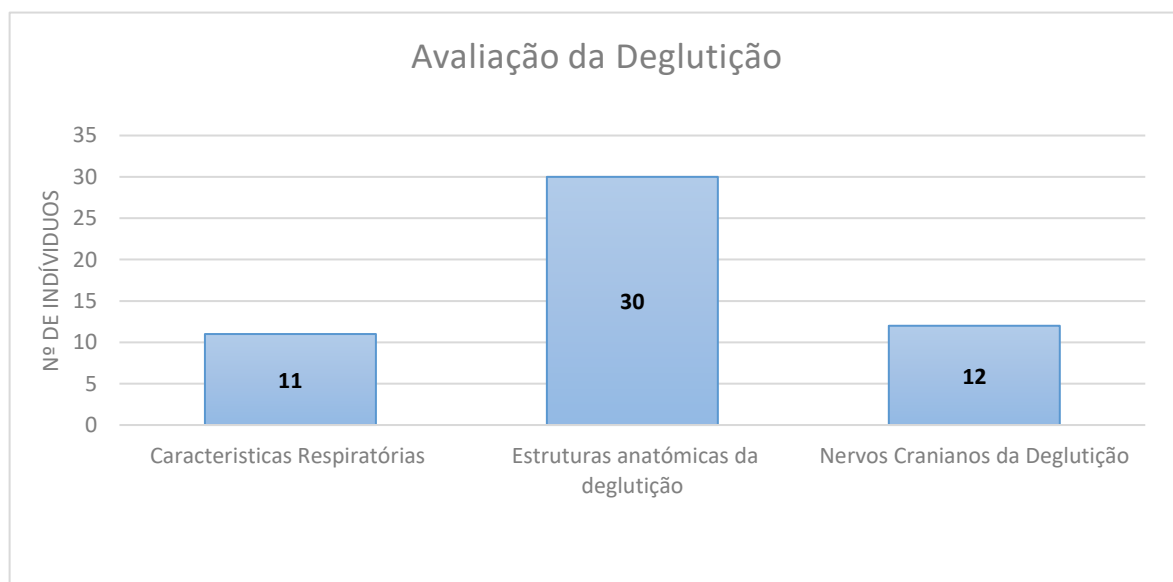
Observamos que as pessoas envolvidas no estudo não atingiram o score total de 30 pontos pelo facto de não conseguirem cumprir determinados itens do exame, itens esses que efetivamente não exigiam a capacidade cognitiva, mas a utilização do membro superior afetado. Assim constatamos uma oscilação na pontuação do item da linguagem porque efetivamente as pessoas não conseguiram dobrar a folha de um papel e, na pontuação da habilidade construtiva por requerer a cópia de um desenho. Ao longo do estudo aplicamos novamente este exame a 5 pessoas, por termos a perceção de alteração no nível de orientação, contudo pela aferição com o MMSE não constatamos a mudança do score.

Quanto ao levantamento dos dados do núcleo familiar/cuidador, a presença do cônjuge e/ou filhos ou outro elemento de referência, aferimos que 60% da amostra eram casados sendo que os conjugues eram pessoas habilitadas psiquicamente e fisicamente, 27% eram viúvos com apoio dos filhos e 13% encontravam-se institucionalizados em estruturas residenciais para idosos.

Tivemos o privilégio de contar com apoio e presença quase diária dos familiares e dos elementos pertencentes a estruturas residenciais para idosos (Assistentes Operacionais). Consideramos que a presença física destes elementos foi uma peça fundamental, dado que permitiram ao utente iniciar, quanto antes, a alimentação da qual a pessoa estava habituada, com especial atenção aos sabores e textura dos alimentos. Percebemos que a presença do familiar/cuidador desenvolveu uma maior relação de confiança, permitiu “desabafos”, partilha de medos e angústias relacionado com o seu futuro, nomeadamente sobre o que comer e os custos que podiam importar, o que fazer aquando regressasse ao domicílio ou para o lar, assim como na aprendizagem conjunta das técnicas essenciais para se poder alimentar com segurança, sem medo de engasgar e voltar a recuperar o prazer no comer.

Em respeito à avaliação das características da respiração e da deglutição constatamos 11 pessoas com alterações do foro respiratório, com destaque ao pico de fluxo de tosse, com valores médios de 180L/min; 30 pessoas com alterações de uma ou mais funções das estruturas anatómicas e 12 pessoas com alterações dos pares cranianos, com ênfase ao Nervo Hipoglosso (XII), Nervo Facial (VII) e Nervo Glossofaríngeo (IX) (Figura 3).

Figura 3 Avaliação da deglutição



Fonte: O próprio

Demos particular atenção às intervenções de enfermagem de reabilitação para o treino da tosse, exercícios de controlo da respiração e estratégias de *coping* de modo a reduzir os episódios de ansiedade e, exercícios para promover a mobilidade torácica, manter e/ou

recuperar os movimentos costais e diafragmáticos, facilitar a expansão pulmonar e intervir na adoção ou correção posturais para melhorar a mecânica ventilatória. Após estas intervenções de enfermagem de reabilitação, verificamos uma melhoria do pico de fluxo de tosse, passando de valores médios de 180L/min, para 220L/min.

Quanto às estruturas anatómicas da deglutição, prevaleceram as alterações da função da língua, estando diretamente relacionadas com as alterações encontradas nos pares cranianos, Nervo Hipoglosso (XII), Nervo Facial (VII) e Nervo Glossofaríngeo (IX). Verificamos alterações ao nível da mobilidade da língua e da sensibilidade gustativa (paladar). Foram importantes exercícios de manipulação do bolo alimentar, para promover os movimentos importantes na mastigação, formação e transporte do bolo alimentar. Aplicamos exercícios específicos como a lateralização da língua, a sua elevação em direção ao palato duro e o “estalar” a língua. Para a estimulação da sensibilidade introduzimos, sempre que possível, alimentos variados e ao gosto do utente, tendo sido por isso fundamental o contributo dos familiares/cuidadores. Para promover o estímulo do reflexo de deglutição, demos especial atenção aos sabores, texturas e temperatura dos alimentos.

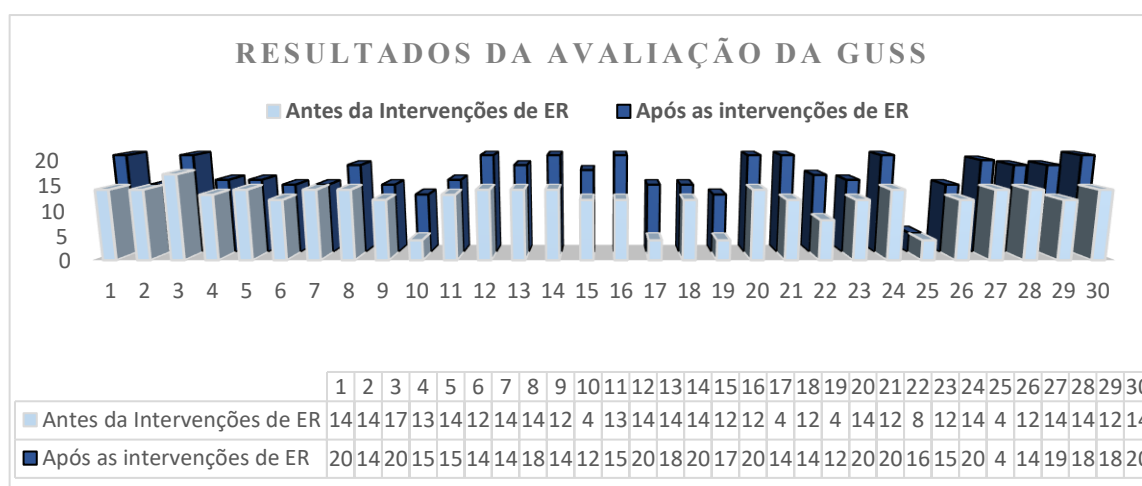
O atraso do tempo da deglutição também foi muito frequente, tendo sido detetado em 90% da amostra. Implementamos medidas de adaptação, como as posturas compensatórias, com ênfase ao posicionamento da cabeça com a flexão e rotação cervical e, alteração do volume e viscosidade do alimento. Para aumentar e facilitar o desencadeamento da deglutição faríngea utilizamos os alimentos ácidos e gaseificados.

Contudo, tratando-se de pessoas com AVC com sinais e sintomas de alteração do encerramento labial, sialorreia, assimetria facial, acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral, foram implementados pontualmente e sempre que necessário, exercícios de amplitude de movimento e de resistência muscular dos lábios, bochechas, palato mole e laringe e, manobras como a Manobra supraglótica, *Mendelson*, associando técnicas como a apreensão dos lábios e dupla deglutição. As manobras de deglutição nem sempre foram realizadas diariamente pelo facto da maioria dos utentes revelarem frequentemente algum cansaço, porque conjugada a estas intervenções também foram tidas em linha de conta outras técnicas e exercícios com vista à melhoria da autonomia funcional do utente. Implementamos a técnica da facilitação cruzada; o exercício de auto mobilização; mobilizações ativas-assistidas, ativas e ativas resistidas. Este conjunto de intervenções foram importantes para permitir o controlo dos utensílios no movimento prato-boca e a capacidade para utilizar talheres e a aptidão para cortar

os alimentos. Sinalizamos 7 utentes da amostra, para o uso de talheres e pratos adaptados.

Relativamente ao grau da disfagia das pessoas incluídas na amostra, verificamos que antes das intervenções de enfermagem de reabilitação, 4 pessoas apresentavam disfagia severa segundo a escala GUSS (score <5), 1 grau elevado (score 5<9), 24 disfagia moderada (score 9<14) e 1 em grau reduzido (score 15<19), contudo após da intervenções de enfermagem de reabilitação, o grau de disfagia melhorou na sua globalidade, sendo que , 1 apresentava disfagia severa segundo a escala GUSS (score <5), 0 grau elevado (score 5<9), 8 disfagia moderada (score 9<14) e 21 em grau reduzido (score 15<19) (figura 4).

Figura 4 Resultados da avaliação da GUSS antes e após as intervenções de ER



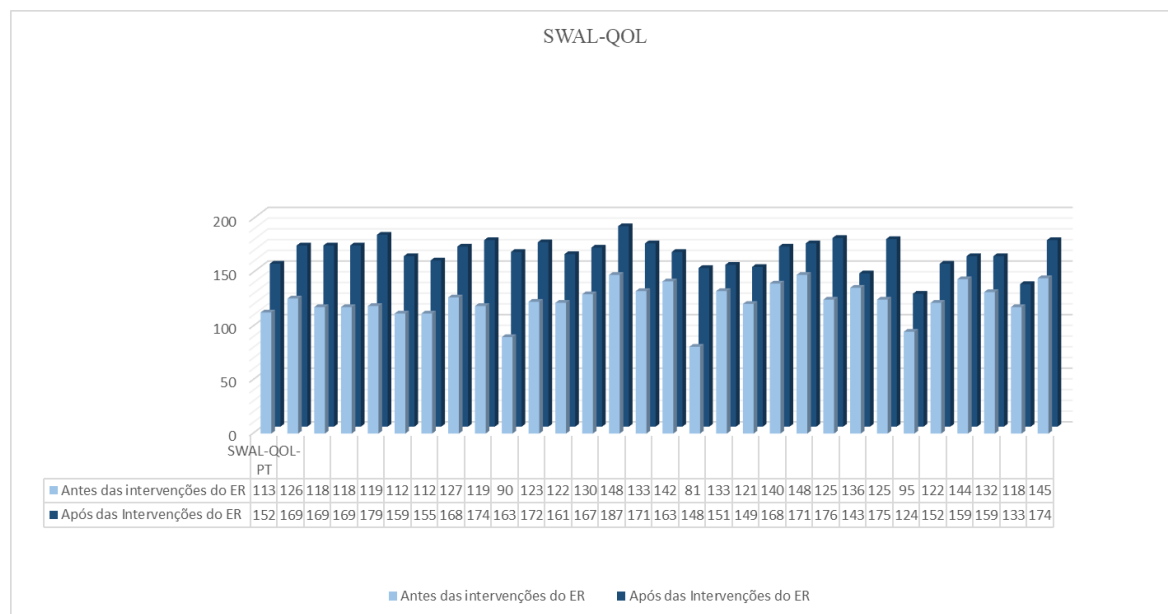
Fonte: O próprio

Após as intervenções de enfermagem de reabilitação, o grau de disfagia melhorou significativamente, passando de um score médio de 12 (disfagia moderada com risco médio de aspiração), para um score médio de 16 (disfagia ligeira, baixo risco de aspiração). A salientar que apenas um utente permaneceu com o score de 4 da escala de GUSS, com alto risco de aspiração pelo que manteve a sonda nasogástrica. Neste caso em particular o utente não apresentava uma tosse eficaz para conseguir eliminar os resíduos da garganta (região das valéculas, seio piriforme ou vias aéreas). Verificamos estas alterações com recurso a auscultação cervical e à observação da presença de voz “molhada”.

Na avaliação da pontuação de cada utente da amostra, nos 44 itens dos domínios que avalia a qualidade de vida deglutição do SWAL-QOL: “peso”, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, função social, sono e fadiga, identificamos que as pessoas com mais baixa pontuação e por conseguinte menor QV relacionada com a deglutição, foram as pessoas que

apresentavam sonda nasogástrica, nomeadamente o indivíduo nº 10 com 90 pontos, o indivíduo nº17 com 81 pontos, o indivíduo nº19 com 70 pontos e o indivíduo n.º25 com 95 pontos (Figura 5).

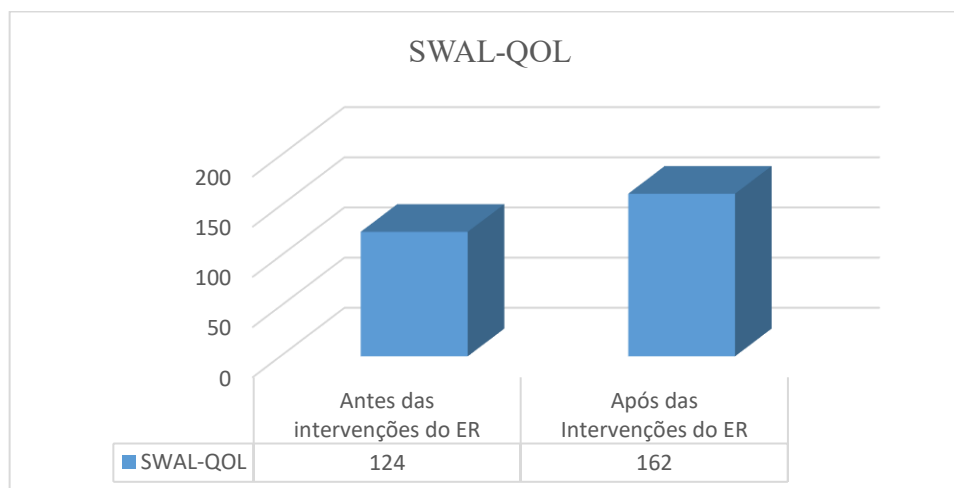
Figura 5 Resultados individuais da avaliação do SWAL-QOL antes e após as intervenções do ER



Fonte: O próprio

Numa análise individualizada da pontuação do instrumento SWAL-QOL, no antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação, constatamos uma melhoria dos resultados. Passamos de uma média de 124 pontos, num total máximo de 220 pontos, para uma média de 162 pontos (figura 6).

Figura 6 Média dos Resultados do SWAL-QOL antes e após as intervenções do ER



Pelo facto de não existir literatura que nos permita qualificar os níveis de QV face aos valores apresentados, podemos, no entanto, referir que houve uma melhoria da QV em 18% após as intervenções da enfermagem de reabilitação. Quanto aos domínios que tivemos mais expressão com a nossa intervenção foram a sensação de “peso”, o medo de comer e a funcionamento social, o que vem ao encontro dos resultados de alguns estudos por aferirem diferenças estatisticamente significativas da QV para a sensação de “peso” sobre o alimentar-se e no funcionamento social (Vieira D. d., 2010).

Ainda incluído neste instrumento SWAL-QOL, averiguamos as outras características, tais como:

- A presença, ou não, de sonda de alimentação – Antes das intervenções de enfermagem de reabilitação aferimos 4 utentes com sonda nasogástrica, sendo que, após as intervenções de enfermagem de reabilitação apenas 1 utente permaneceu com sonda nasogástrica no momento da alta para a Unidade de Cuidados Continuados.
- A consistência/textura dos alimentos

Tabela 4 N° de utentes com adaptação da consistência/textura dos alimentos, antes e após as intervenções de ER

	Dieta normal, com grande variedade de alimentos	Dieta com alimentos moles e fáceis de mastigar	Dieta com alimentos triturados- tipo puré	Dieta maioritariamente por sonda, ingerindo por vezes gelados ou pudins	Dieta unicamente por sonda
Antes das intervenções de ER	0	6	15	5	4
Após as intervenções de ER	9	11	9	0	1

Fonte: O próprio

Pela análise da tabela 4, percebemos que após as intervenções de enfermagem de reabilitação, houve uma melhoria no tipo de consistência/textura da dieta. Tivemos maior expressão no número de utentes que efetivamente iniciaram uma dieta normal e uma dieta com alimentos moles, fáceis de mastigar. Apenas 1 utente permaneceu com sonda nasogástrica.

- A consistência dos líquidos

Tabela 5 N° de utentes com adaptação da consistência de líquidos, antes e após as intervenções de ER

	<i>Líquidos como água, leite e chá</i>	<i>Líquidos espessos tipo néctar</i>	<i>Líquidos moderadamente espessos, tipo mel</i>	<i>Líquidos muito espessos tipo pudim</i>	<i>Líquidos unicamente por sonda</i>
Antes das intervenções de ER	1	7	12	6	4
Após as intervenções de ER	9	11	9	0	1

Fonte: O próprio

Analisando esta tabela 5, conseguimos constatar que após a intervenção da enfermagem de reabilitação houve uma melhoria dos resultados no número de pessoas a ingerir líquidos sem adaptação de consistência e líquidos de consistência tipo néctar. Segundo Vieira (2010), os domínios com a de “peso”, medo e receios e, funcionamento social apresentam piores resultados para consistências mais espessas.

- O estado de saúde geral da pessoa, a pessoa responde como considera a sua saúde (má, razoável, boa, muito boa, excelente).

Tabela 6 N° de utentes na consideração do seu estado de saúde geral

	Má	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
Antes das intervenções de ER	7	20	3	0	0
Após as intervenções de ER	1	7	19	3	0

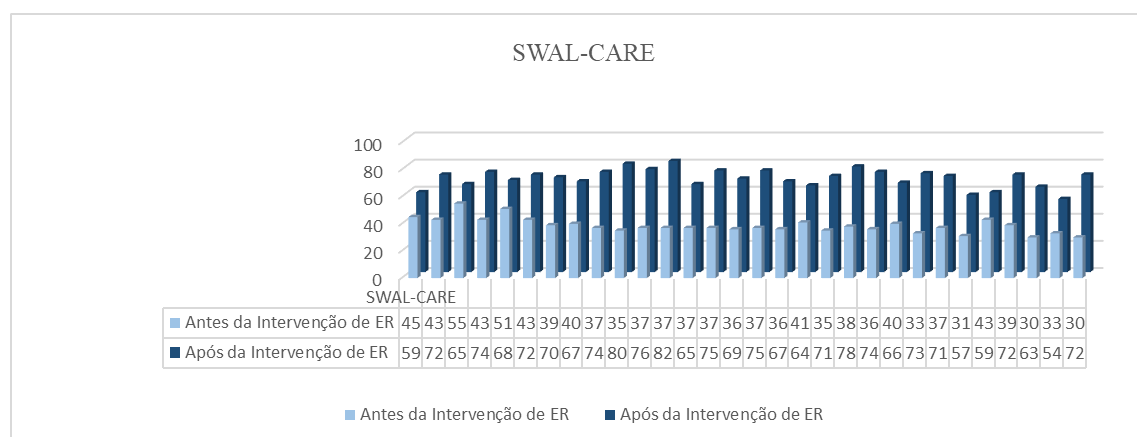
Fonte: O próprio

Nesta tabela 6 constatamos que os resultados sobre a consideração da sua condição de saúde relativamente à disfagia, melhoraram significativamente após as intervenções de enfermagem de reabilitação, indo ao encontro dos resultados obtidos da SWAL-QOL após as intervenções de enfermagem de reabilitação.

A evidência científica refere que quanto menor for da consistência/ textura da dieta e dos líquidos melhor são os resultados em alguns domínios do SWAL-QOL, nomeadamente na sensação de “peso”, no desejo de comer, duração da alimentação, medo e receios e, funcionamento social (Vieira D. d., 2010), não havendo grandes alterações nos outros domínios. Desta forma podemos concluir que a pessoa ao alimentar-se sem restrições, ou com poucas restrições, consegue obter melhores resultados no SWAL-QOL, ou seja, uma melhor QV. Afinal, comer em si, é por si só agradável e faz parte de muitas atividades sociais e contribui na QV (Printza, 2019)

Quanto ao instrumento SWAL-CARE, na avaliação de assistência nos cuidados à pessoa com disfagia, também obtivemos resultados muito expressivos. Apresentamos os resultados individuais do antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação (figura 7).

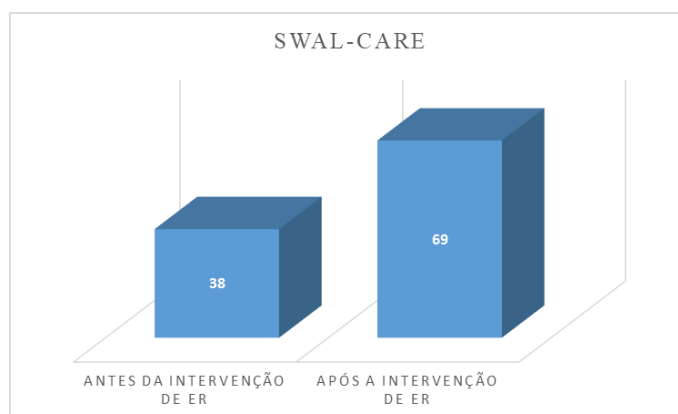
Figura 7 Resultados individuais da avaliação do SWAL-CARE antes e após as intervenções do ER



Fonte: O próprio

Pela análise da figura 11, verificamos um aumento da pontuação do instrumento SWAL-CARE. Antes das intervenções de enfermagem de reabilitação, obtivemos uma média de 38 pontos, num máximo total de 82 pontos, para uma média de 69 pontos. Assistimos a um aumento de 38% na satisfação do utente face à assistência nos cuidados à pessoa com disfagia, após a nossa intervenção (figura 8).

Figura 8 Média dos Resultados do SWAL-CARE antes e após as intervenções de ER



Fonte: O próprio

Pelos valores apresentados podemos referir que houve uma melhoria da satisfação do utente referente à qualidade de assistência nos cuidados, embora, porém, não exista literatura que nos permita qualificar esses níveis de qualidade.

Para uma eficiência a minimizar riscos através da análise de dados utilizamos o SPSS. Primeiramente, de modo a cumprir com os pressupostos de aplicação de um teste paramétrico, verificou-se se a amostra estudada segue uma distribuição normal através do teste Shapiro-Wilk (tabela 7)

Tabela 7 Distribuição da normalidade da amostra

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.
Score SWAL-QOL	,937	30	,076
Score SWAL-CARE	,972	30	,594

Fonte: O próprio

Da análise efetuada verificou-se que a variável SWAL-QOL e SWAL-CARE apresentam um valor $p > 0,05$. Como tal, as amostras estudadas apresentam uma distribuição normal, cumprindo com o pressuposto de aplicação de um teste paramétrico. Perante os resultados obtidos, comparamos os resultados dos dois momentos de aplicação dos

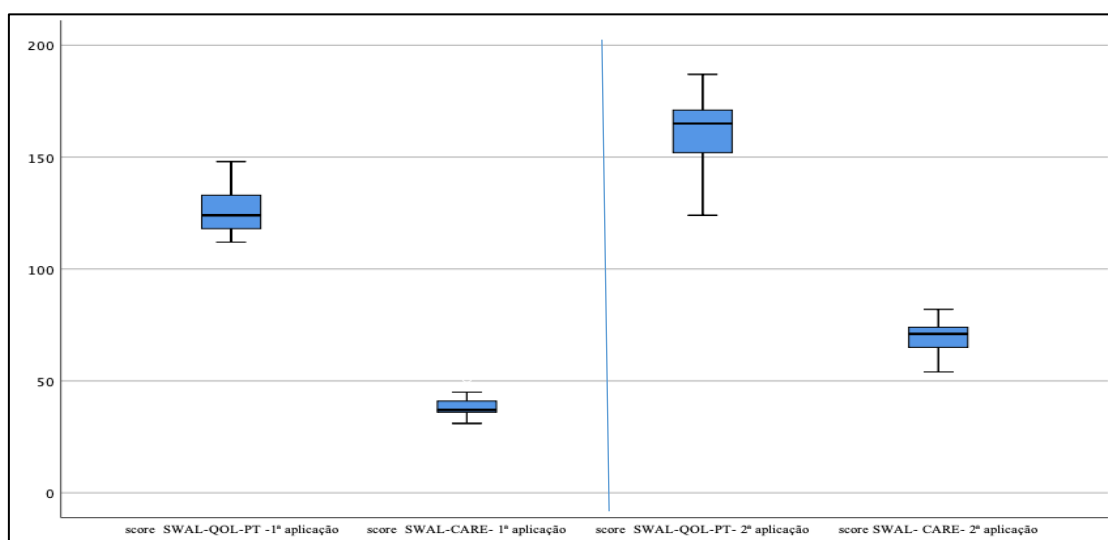
instrumentos. Através do Teste t (t) pareado constatou-se que as pessoas após a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, com base da avaliação dos efeitos da disfagia na QV (SWAL-QOL) e na satisfação da qualidade de assistência nos cuidados (SWAL-CARE), ficaram de forma significativa com melhoria da QV e satisfeitos com os cuidados prestados, para uma significância ($p < 0,001$). Verificou-se que após a primeira avaliação a média do score da QV e do grau de satisfação aumentou em 38 e 31 pontos respetivamente (tabela 8 e figura 9).

Tabela 8 As propriedades estatísticas da aplicação do SWAL-CARE e SWAL-QOL

Instrumento	Média	DP	t	p
SWAL-QOL	38	2,9	12,9	0,001
SWAL-CARE	31	1,6	18,75	0,001

Fonte: O próprio

Figura 9 Comparação dos resultados SWAL-CARE e SWAL-QOL antes e após a intervenção da ER

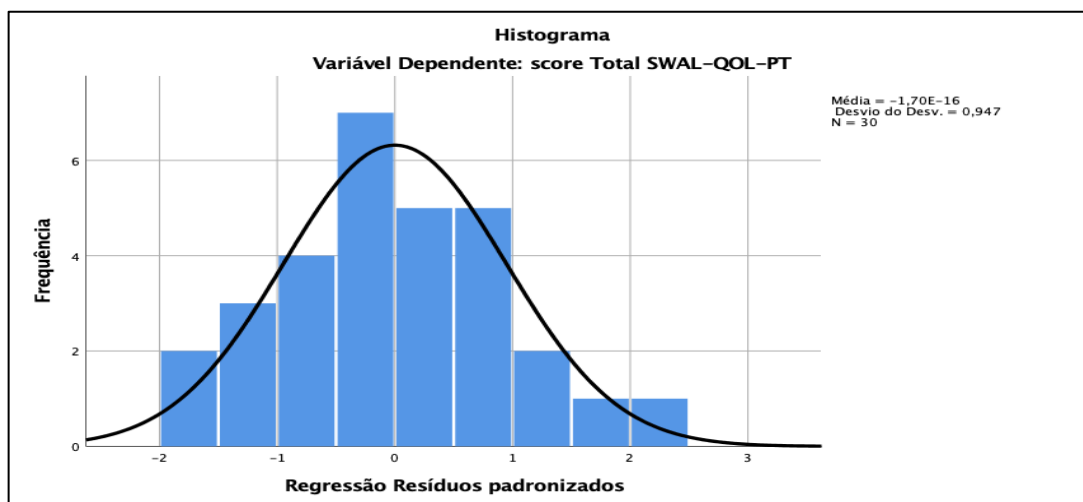


Fonte: O próprio

Foi também utilizada a regressão linear múltipla para perceber que tipos de variáveis são capazes de prever a QV da pessoa com disfagia. Da análise resultou num modelo estatisticamente significativo para os previsores: aumento da satisfação da QV e melhoria do grau de compromisso em deglutição ($F(0,007)=11,13$; $p < 0,002$; R^2 ajustado=0,47). O pré-requisito de não multicolinearidade, para o modelo preditivo encontrado foi cumprido

(Tolerância=0,967 e VIF1,034), tal como o índice dos resíduos independentes revelou-se aceitável, através do teste Durban-Watson (2,41).

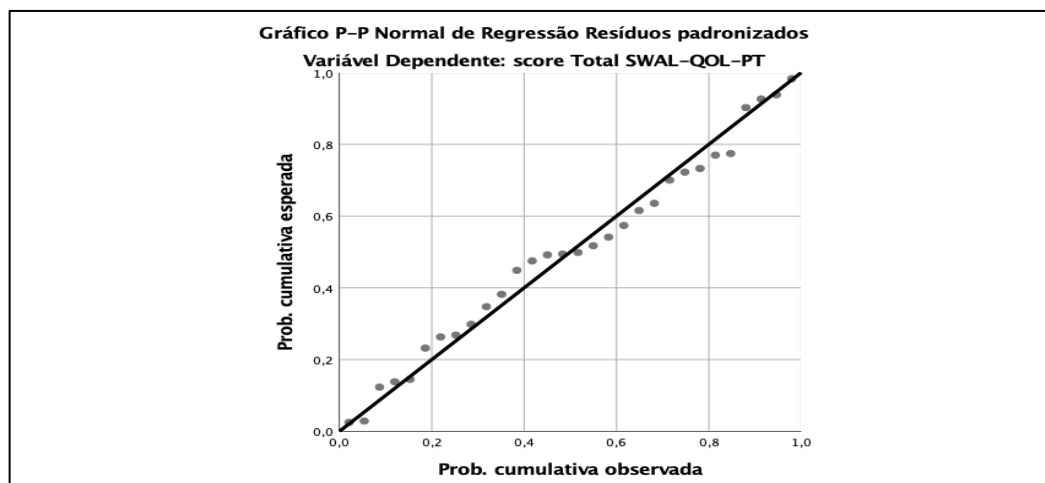
Figura 10 Regressão de resíduos padronizados



Fonte: O próprio

As figuras 9 e 10, demonstram que a distribuição dos resíduos seguiu um padrão normal, assim como existência de uma distribuição normal linear entre a variável dependente (SWAL-QOL) e as variáveis independentes (SWAL-CARE e GUSS).

Figura 11 Regressão de dispersão das variáveis correlacionais.



Fonte: O próprio

Perante os resultados apresentados, estamos em condições de afirmar que houve uma melhoria significativa da QV das pessoas, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação na

abordagem das necessidades potenciais que podiam comprometer a sua QV, assim como na satisfação da pessoa da qualidade dos cuidados. Aferimos uma melhoria em 18% da QV através da medição do SWAL-QOL após as intervenções da enfermagem de reabilitação e um aumento de 38% na satisfação da assistência nos cuidados. Através do Teste t (t) pareado do antes e após a intervenção da enfermagem de reabilitação, verificou-se uma significância ($p < 0,001$), ou seja, verificou-se que as pessoas ficaram de forma significativa com uma melhoria da QV e satisfeitos com os cuidados prestados. Com o teste de regressão linear múltipla concluímos que existe um aumento da QV face à melhoria do grau de compromisso em deglutição.

Em termos de discussão dos nossos resultados não foram encontrados estudos que permitissem avaliar a QV da pessoa com disfagia do ponto de vista unidimensional e que as intervenções fossem unicamente da responsabilidade da enfermagem de reabilitação. Os estudos encontrados, focalizam-se essencialmente no processo fisiológico e no efeito no fluxo do bolo alimentar, em detrimento da disfagia como fator causal na alteração das experiências sociais, psicológicas e culturais da pessoa afetada (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006).

Perante esta limitação podemos afirmar que o presente estudo representa um ponto de partida para vários estudos exploratórios na área da enfermagem de reabilitação. Não temos dúvida que este trabalho permite dar um primeiro passo num olhar holístico da pessoa afetada com disfagia e estamos convictos que o estudo realizado veio evidenciar a importância que a nossa especialização ocupa nos cuidados de saúde, pois apresentamos resultados que permitem relacionar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação pode influenciar na QV da pessoa. A utilização dos questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE, revelaram-se instrumentos de medição muito pertinentes na avaliação da qualidade de vida e na satisfação dos cuidados, das pessoas com disfagia.

O desafio foi muito ambicioso, pois como referimos anteriormente como limitação ao nosso trabalho encontramos uma escassez de evidência científica nesta área. Podemos, portanto, sugerir que no futuro sejam realizados mais trabalhos de investigação que relacionem a disfagia com a QV das pessoas, e sem dúvida mostrar mais evidências sobre a diferença que a presença do enfermeiro de reabilitação assume, no acompanhamento destas pessoas, família/cuidador, não só nos efeitos da disfagia a curto prazo como também a longo prazo, comparando os resultados do antes e após das nossas intervenções.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A componente teórica aliada à prática é crucial para a aquisição de competências, pelo que Hesbeen (2003) afirma que a formação em prática clínica está centralizada na mobilização e na análise dos saberes e não na aquisição dos mesmos, daí a importância da constante reflexão e discussão de casos para fundamentar o que já estava apreendido noutra estadia.

Tendo em linha de conta o contexto onde este ensino clínico decorreu, subordinado à prática de cuidados ao utente do foro neurológico, concretamente da pessoa com AVC, prevaleceu a todo o momento a vontade incessante de desenvolver competências na área da reabilitação funcional, da alteração da deglutição com vista melhorar a sua funcionalidade e QV, sendo expectável o contínuo mobilizar dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, aplicando-os a situações concretas da clínica diária, cimentando desta forma os conhecimentos na sua globalidade.

O ensino clínico constitui por isso um momento privilegiado de contacto com o plano do concreto em termos de prática clínica, pois permitiu colocar em prática e aprofundar conhecimentos adquiridos em contexto teórico, confrontando-os a todo o momento com as situações reais do mundo da enfermagem e, neste caso concreto, da Enfermagem de Reabilitação.

Creio que os conhecimentos adquiridos neste percurso académico foram fundamentais, pois encontravam-se disponíveis as ferramentas necessárias para responder não só às situações clínicas como também as condições favoráveis para adquirir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre.

7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O profissional de enfermagem ocupa um papel de destaque na equipa multidisciplinar, na deteção de alterações no estado da pessoa. Na verdade, antes de ser especialista em enfermagem de reabilitação é importante ter a consciência que no processo de reabilitação, para além do

recetor de cuidados, recorre-se a inúmeros profissionais, pelo que a multiplicidade da equipa interveniente é vital, quer sejam enfermeiros generalistas ou outros enfermeiros especialistas. Esta equipa permite, acima de tudo, oferecer ao utente um ambiente humano diversificado, essencial à vida em sociedade.

Quanto aos enfermeiros especialistas, estes são atores qualificados com diversas especificidades e a sua responsabilidade terapêutica leva-os a perseguir um objetivo comum, a qualidade dos cuidados e a segurança do utente.

Nesta senda, tendo por base Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010 no Diário da República, 2.ª série - N.º 35-18 de fevereiro de 2011, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, denominadas por competências comuns. A atuação do enfermeiro especialista abrange competências aplicáveis em cuidados de saúde primários, secundários e terciários, assim como em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Compreende as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e proceder à investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática dos cuidados de enfermagem.

O grupo de domínios a que se refere a Ordem dos Enfermeiros (2011b), são os quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados, e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi primordial ter em consideração que todas as tomadas de decisão, tratamento e intervenções, tiveram como objetivo o melhor interesse para o utente, envolvendo nos cuidados a pessoa, família/cuidador, promovendo a sua autonomia, estabelecendo as prioridades e implementando cuidados de uma forma objetiva e sistemática (Hoeman, 2011). Aquando o estágio, tivemos presente o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, a Carta dos Direitos do Utente, o quadro de referências do CHSJ, os protocolos e normas vigentes da instituição, nomeadamente a Comissão de Ética aquando submissão do projeto de intervenção e, o consentimento informado, no qual se informou que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos

seriam assegurados pelo anonimato da identificação dos utentes, nem resultaria quaisquer danos físicos ou psíquicos para os utentes.

Tivemos também em linha de conta a equipa de diferentes profissionais, pois só assim conseguimos planear e prestar cuidados de enfermagem especializados, avaliar a sua eficácia e reformulação; mobilizar os recursos disponíveis; documentar as intervenções e decisões, bem como os resultados obtidos. Só perante um contexto multidisciplinar, conseguimos obter responsabilidade profissional e os desejáveis resultados, dado que o valor de uma equipa, manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados apresentam, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem ao utente uma verdadeira combinação de competências (Hesbeen, 2003).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, resultante da oportunidade e análise deste Estágio Final, demos destaque ao contributo qualitativo da enfermagem de reabilitação na utilização de ferramentas que proporcionam uma avaliação e monitorização das intervenções de enfermagem de reabilitação. O Projeto de intervenção englobou ferramentas importantes desde a escala de GUSS, já validada para o contexto português, o que permite identificar o grau de disfagia, e o questionário como a avaliação da QV no utente com disfagia, SWAL-QOL- PT), a versão portuguesa que foi traduzido e adaptado culturalmente para o Português Europeu (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006) (Vieira D. d., 2010) e, o questionário que avalia a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais através da SWAL-CARE (McHorney, Martin-Harris, & Rosenbek, 2006).

Nesta ótica, procuramos contribuir para o desenvolvimento da nossa profissão tendo em consideração as áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem e Reabilitação 2015-2025 (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015).

No domínio da gestão dos cuidados, sabemos que o caminho de tornar as instituições de saúde mais produtivas e exigentes, carece o rigor e seriedade nas políticas; equipas de gestão competentes e respeitadas; profissionais motivados e uma estratégia de mudança no sistema que envolva também outros pilares da prestação - os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados. Neste sentido assumimos um papel fundamental porque ao depararmos com uma população envelhecida, com doenças crónicas, devemos ter cuidados de maior proximidade.

Com este projeto de intervenção, ao permitir a avaliação a qualidade dos cuidados

sentida pelos utentes idosos, obriga-nos a refletir nos cuidados cada vez mais diferenciados. Para garantir a qualidade dos cuidados após uma etapa fundamental de exploração e caracterização do fenómeno numa fase aguda e projeto de vida do utente, foi fundamental identificarmos os problemas associados para a posteriori permitir o máximo de condições de segurança e continuidade dos cuidados através dos cuidados de saúde primários e/ ou cuidados continuados da Rede Nacional dos Cuidados Continuados. A destacar que a nossa gestão de cuidados, para além da envolvência de uma equipa multiprofissional, foi tido em consideração e com grande destaque, os familiares/cuidadores. Estes foram elementos chave no sucesso da melhoria da QV acerca da deglutição/alimentação.

Parece-nos assim fundamental, a evolução para a produção de evidências sobre modelos de intervenção, que permitem traduzir respostas de saúde sustentáveis e efetivas, com o paradigma de melhorar a funcionalidade e a manutenção da autonomia das pessoas, pessoas essas que pertencem a uma classe maioritariamente envelhecida.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tivemos como premissa os recursos de apoio à prática baseada na evidência. Realmente foi um grande desafio, porque relacionado com esta área temática, infelizmente não existe um vasto leque de trabalhos científicos. Constatamos que temos um longo caminho a desenvolver nesta área da deglutição e QV e, em particularmente em obter um exercício de uma prática de enfermagem baseada na evidência, e permitir aos profissionais dotar as unidades de melhores cuidados, promover a igualdade, reduzir a iniquidade em saúde (Pereira, 2017). Neste sentido, são importantes os projetos de intervenção, como o que apresentamos ao longo deste mestrado e, os projetos de melhoria continua no serviço. Relembrando um pouco a jovem história da definição de Padrões de Qualidade, não temos dúvidas que o caminho percorrido na sua definição foi envolvente e investido, foi também extenso o trabalho desenvolvido até chegar ao formato que conhecemos atualmente com um Enquadramento conceptual e os seis Enunciados Descritivos de Qualidade. Tratou-se por isso de um investimento, importante naquilo que são as nossas aprendizagens profissionais através da construção de instrumentos úteis para os enfermeiros, enfermeiros especialistas e instituições de saúde, para que de alguma forma possamos prosseguir na busca da excelência do serviço especializado que prestamos (OE, 2015).

7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Foram vários os pioneiros da reabilitação pós-guerra, tendo todos eles contribuído para a evolução desta área (Hesbeen, 2003). O aparecimento da reabilitação como disciplina médica, profissional cientificamente reconhecida, assinalou, uma rutura importante entre duas épocas: por um lado a que se caracterizava por locais de convalescença, de acolhimento ou até de internamento, que existiam há séculos e nos quais, os objetivos dos cuidados prestados às pessoas albergadas eram muito limitados; por outro lado, a que assistia ao nascimento de unidades especializadas em reabilitação com profissionais que tornavam o período de convalescença ou até de reintegração profissional o mais estimulante e ativo possível. Este mesmo autor defende que a reabilitação é um novo ramo da arte de curar que abrange todas as disciplinas, tendo como finalidade concluir a ação médica. Acrescenta ainda que é um complemento da medicina tradicional, preparando o indivíduo no plano físico, moral, social, familiar e profissional com vista ao melhor estilo de vida, compatível com as capacidades de que dispõe. Nesta perspetiva, o cuidar dos profissionais vai para além da simples estrutura institucional, uma vez que vai ser exercida em pleno coração da vida social da pessoa em causa.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação exige especificidade, rigor e conhecimentos técnico-científicos, baseados na evidência, que associam saberes de diferentes áreas, e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, encontrando-se integrados no sistema de saúde. Estes requerem formação específica adequada e sem esta, não é possível a prática deste tipo de cuidados, que têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da QV, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2011a).

Tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011a), importa referir as competências: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Neste âmbito, pensamos ter alcançado as competências supramencionadas, ao desenvolver programas de intervenção, dos quais tornou-se necessário uma avaliação da

funcionalidade e diagnóstico das alterações que determinavam as limitações da atividade e incapacidades na pessoa com problemas neurológicos, assim como a avaliação da QV face a um problema identificado, compromisso da deglutição. A partir de uma avaliação criteriosa concebemos planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. Este ensino clínico esteve direcionado para a aquisição de competências ao nível de intervenções de Reabilitação Funcional, sendo que na nossa intervenção enquanto estudante de Enfermagem de Reabilitação foi essencialmente implementar intervenções de enfermagem de reabilitação particularmente relacionadas com as funções músculo-esquelético; sensoriomotora; ingestão/ deglutição; comunicação; eliminação; cognição e comportamento. O utente alvo de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, foi do foro neurológico, sendo por isso desafiante desde delinear um plano de intervenção, cujo objetivo final era tornar a pessoa mais autónoma possível, com a melhor qualidade de vida (Henriques & Ávila 2017).

A aplicação de vários instrumentos de avaliação e monitorização foram essenciais, não só para avaliar inicialmente o compromisso das várias funções como também acompanhar a evolução do utente ao longo do plano de intervenção. De facto, consideramos extremamente importante obter a satisfação do utente quanto à qualidade dos cuidados recebidos numa fase aguda da sua doença (vindo do internamento de agudos) e numa fase à posteriori, enquanto aguardava o internamento numa Unidade de Cuidados Continuados.

Neste contexto, foi sem dúvida, fundamental a monitorização, a implementação e os resultados obtidos na redução do risco, otimização da função reeducação funcional e treino.

As técnicas/manobras utilizadas relacionaram-se com a lista de problemas/diagnósticos de enfermagem que foram definidos na avaliação inicial, pelo que uma intervenção eficaz junta uma variedade de competências do enfermeiro, desde o exame e avaliação à documentação, ensino e avaliação crítica dos resultados da pesquisa (Huber & Wells, 2009).

A salientar que o horizonte temporal do internamento do utente, deu lugar a uma reflexão da prestação de cuidados especializados em reabilitação nomeadamente nas respostas às necessidades da pessoa tendo em vista a continuidade de cuidados pela família/cuidador ou profissionais de saúde. Foi primordial não só a reabilitação funcional como também a reintegração social e laboral com a vista a QV do utente, ou seja, capacitar a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Deveremos assim refletir que as competências do Enfermeiro, Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação não termina quando o utente abandona o meio hospitalar, pois prolonga-se além disso visando assegurar o bem-estar contínuo do utente e a integração daqueles que lhe são significativos no seu processo de reabilitação.

Neste Estágio Final, percebemos que a pessoa alvo de cuidados e o cuidador informal apresentavam dificuldades instrumentais e expressivas. Através das nossas competências especializadas em enfermagem de reabilitação, identificamos as necessidades de equipamentos de apoio e de eventuais alterações estruturais, além de ensinamentos (sobre desempenho de AVD's, complicações ou comorbilidades, entre outros) que o capacitassem para o cuidar do seu familiar no domicílio. Claramente que o enfermeiro de reabilitação assume aqui uma função muito importante, o suporte emocional em situações de inquietação e angústia em que o cuidador muitas vezes se sente impotente.

Através da recente proposta de perfil de competência dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação emitida pela Ordem dos Enfermeiros pretende-se que estes profissionais sejam capazes de capacitar a pessoa cuidada para a reinserção social e o exercício pleno da cidadania, que a ensine, instrua e treine sobre técnicas a utilizar para maximizar o seu desempenho e que mobilize os seus conhecimentos para sensibilizar a comunidade para a adoção de práticas inclusivas além da identificação de barreiras arquitetónicas e eliminação das mesmas.

Contudo, não esquecemos que para solidificar as competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, existiu uma necessidade de desenvolvimento pessoal e de autoformação. A Formação em enfermagem deverá ser encarada como uma prioridade para o desenvolvimento de competências, que pressupõe capacidade de agir em determinada situação. Na construção da nossa aprendizagem e, como futuro Mestre e Enfermeiro Especialista devemos ter um espírito crítico e reflexivo, demonstrar autonomia e responsabilidade (OE, 2011a). Assim, na procura de melhoria contínua dos cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem de reabilitação, tivemos a oportunidade de integrar equipas de trabalho e, realizar e assistir algumas atividades formativas ao longo deste percurso académico tão importante.

Integramos equipas do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos e da Farmacovigilância. Participamos no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2018, com uma Comunicação Livre, cujo tema foi o “Contributo da GUSS e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Pneumonia de Aspiração”, tendo recebido o 3º Prémio (ANEXO 8). Participou como formador, no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019; no Curso de Microbiologia e Terapêutica Antimicrobiana; na Formação Tratamento de Úlceras por Pressão; no Curso Gestão Nutricional em Oncologia; no Curso Mobilização Segura de Utentes; no Fórum Doenças Musculares - O impacto na Função Respiratória e, como Formador, nas ações formativas cujos temas foram as Precauções Básicas de Controlo de Infecção - Higienização das Mãos; Definições de McGeer; e Cuidar a Pessoa com compromisso da deglutição - Intervenções de Enfermagem.

Alguns destes momentos formativos foram realizadas no âmbito da Formação em Serviço, pois este tipo de formação surge como uma estratégia de atualização em contexto de desenvolvimento profissional, de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. Desta forma, a formação em serviço permitiu um desenrolar em simultâneo com a prática profissional, apelando à equipa, o conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação (Dias, 2004).

Portanto, tendo em conta o enunciado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desempenha um papel fulcral na formação em Enfermagem, e mais especificamente na formação em serviço, dado que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011a) tem elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Seguindo esta linha de raciocínio, urge as iniciativas, contributos, desenvolvimento e disseminação da investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. Para isso realizamos um artigo cujo tema é “Questionário SWAL-QOL na Avaliação da Qualidade de Vida dos Utentes com Disfagia: Uma Revisão Sistemática de Literatura”, o qual será submetido a publicação e disseminação de informação científica, ainda no decorrer deste ano 2020.

Deste modo, reconhecemos que não basta ao profissional de saúde ser bem preparado e competente na sua profissão e compassivo na sua relação com os utentes. É importante e necessário alcançar um grau de conhecimento teórico e prático compatível com uma

especialização ou uma competência; além da humanidade e da compaixão, é preciso existir uma fundamentação ética do agir profissional, a qual se não adquire senão pelo estudo e pela prática (Osswald, 2013).

Conclusão

A conclusão deste Relatório de Estágio retrata o fim da última etapa do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem em Associação, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Neste pretendeu-se, através da reflexão crítica demonstrar as competências adquiridas no período de prática clínica e o cumprimento dos objetivos traçados. Para isso, foi realizada uma análise do contexto de prática clínica, caracterizando o ambiente de estágio, assim como a respetiva análise e caracterização da população com os seus problemas específicos, para além da descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. Este trabalho deu lugar à definição dos objetivos que foram delineados de acordo com o plano de estudos; uma análise reflexiva das intervenções com a respetiva fundamentação e demonstração dos resultados obtidos, terminando com uma análise crítica e reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas no decorrer deste Estágio Final.

Neste Relatório ficaram demonstradas as atividades desenvolvidas e foram no nosso entender amplamente expostas as competências adquiridas, indo de encontro ao que está regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Colégio da Especialidade em Reabilitação e legislado de acordo com o Regulamento n.º 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Este período em especial teve um carácter, e como era de esperar, bastante mais importante que o anterior, permitindo-nos, não só a aquisição de novos saberes, como uma consolidação de conhecimentos já anteriormente presenciados. O acesso a uma instituição como a Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina do CHSJ, facilitou-nos sem margem para dúvidas, a realização deste estudo e a consolidação dos objetivos propostos. Mais, concluímos que esta Unidade serve de exemplo para muitas Instituições de Saúde, dado que são raras as oportunidades que as pessoas têm de cuidados diferenciados, enquanto aguardam a vaga para a Rede Nacional dos Cuidados Continuados. Não se trata de uma Unidade de agudos, mas sim de uma Unidade que permite fazer a transição do estado agudo da pessoa para a Unidade de

cuidados continuados, onde permite uma familiarização com aquelas, que devem ser as melhores práticas para uma “transição segura e diferenciada”, numa perspetiva que coloca a pessoa no centro da esfera de intervenção da reabilitação. Observamos uma intervenção multidisciplinar de serviços e profissionais, uma “engrenagem” que permite atingir objetivos e resultados notáveis a vários níveis, sendo a cooperação entre eles uma peça fundamental para a recuperação de uma pessoa ainda fragilizada e carente de cuidados específicos.

Assim, a elaboração deste Relatório surge como culminar de uma etapa refletindo todo o esforço pessoal e profissional neste percurso de formação. A esquematização das intervenções realizadas e respetiva fundamentação acarretaram uma enorme importância para a nossa prática profissional e pessoal, pelos conhecimentos adquiridos e consolidados que irão traduzir um futuro que agora ansiamos iniciar.

Sabemos que as intervenções realizadas deverão traduzir ganhos em saúde, promover a autonomia da pessoa, devolver novamente a QV, prevenir, recuperar e potenciar capacidades da pessoa afetada. Pois, é com uma elevada satisfação e uma segura convicção que podemos referir que atingimos este “reconhecimento”, através das nossas intervenções como futuros Enfermeiro Mestre e Especialista na área da Reabilitação. Obtivemos resultados expressivos através da nossa intervenção de enfermagem de reabilitação, sendo por isso fundamental a utilização de instrumentos de avaliação, que nos permita medir o grau de severidade do risco de disfagia, a qualidade de vida e a satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Contudo, identificamos o nível de consciência através da ECG, sendo que todos os utentes apresentaram um score 15, e um nível cognitivo através MMSE, com pontuações superiores a 23, o que significa que se encontravam no intervalo definido para classificar os indivíduos com um nível de escolaridade superior a 11 anos, sendo que 53% da amostra apresentou uma pontuação de 25, sendo o máximo 30. Estas características (utentes conscientes e um nível de escolaridade que permite manter um nível cognitivo) foram importantes para obter uma colaboração ativa no programa de reabilitação. Em respeito com várias alterações do foro respiratório e das estruturas anatómicas e pares cranianos da deglutição. Após implementação dos programas de intervenção personalizados e sua monitorização, os utentes em colaboração com a família/cuidador apresentaram evoluções na melhoria destes achados clínicos, traduzindo desta forma numa melhoria no grau de severidade de disfagia e no tipo de dieta quer na consistência de texturas quer na consistência dos líquidos. Com a escala GUSS

permitiu-nos aferir uma média de 20% na melhoria do grau de severidade do risco de disfagia. Perante estes resultados, também assistimos a uma evolução dos resultados referentes à QV do utente (18%) e à satisfação dos cuidados prestados (38%) através dos instrumentos SWAL-QOL e SWAL-CARE, respetivamente.

A família/ cuidador teve um papel fundamental, pelo contributo que teve no momento da alimentar a pessoa, na comida “caseira”, na partilha de medos sobre a disfagia e na aprendizagem de cuidados essenciais para o continuum da reabilitação e prevenção de complicações.

Estamos convictos que teríamos melhores resultados se tivéssemos um espaço temporal de reabilitação mais alargado, pois o tempo médio obtido desde a primeira aplicação e a segunda aplicação dos instrumentos de avaliação, foi de 19 dias, sendo o mínimo de 8 dias e máximo de 35 dias. Isto enquadra-se com os autores Logemann & Jeri (2006), no que se refere à necessidade de um período de 2 semanas a 2 meses para obter resultados. Ainda assim, é com uma elevada satisfação e uma segura convicção que podemos referir que atingimos este “reconhecimento”, através das nossas intervenções como futuro Enfermeiro Mestre e Especialista na área da Reabilitação

Consideramos que existe um longo caminho a percorrer nesta área de intervenção, apesar de considerarmos que demos início a um novo desafio. Foi muito gratificante a realização deste trabalho, pois o empenho e dedicação da nossa parte permitiu-nos simultaneamente tirar proveito de todas as experiências que nos foram concedidas, encarando-as como momentos ímpares no nosso processo de formação.

Como apontamento final e, para nos continuar a encorajar e dar alento a outros profissionais, referimos que a dualidade de trabalhar e estudar em simultâneo não é fácil, porque nem sempre facilitam o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, o balanço deste percurso enquanto processo de aquisição de conhecimentos e competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que pensamos uma vez mais ter atingido, é significativamente positivo. Temos a real noção que levamos uma panóplia de “ferramentas” sólidas que servirão de base para a construção da nossa identidade profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J. (2017). A Medicina Interna do Centro Hospitalar S. João: Hoje e no Futuro. *Medicina Interna*.
- Antunes, Eva Bolle, Vieira, Daniela, & Dinis-Ribeiro, Mário. (2015). Linguistic and cultural adaptation into European Portuguese of swal-qol and swal-care outcomes tool for adults with oropharyngeal dysphagia. *Arquivos de Medicina*, 29(1), 06-10. Recuperado em 1 de setembro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000100002&lng=pt&tlng=en
- Al-Jarrah, M., Shaheen, S., Harries, N., Kissani, N., Molteni, F., Bar Haim, S., & MESF Project (2014). Individualized treadmill and strength training for chronic stroke rehabilitation: effects of imbalance. *Topics in stroke rehabilitation*, 21 Suppl 1, S25–S32. DOI: [10.1310/tsr21S1-S25](https://doi.org/10.1310/tsr21S1-S25)
- Afonso, J. (2007). Aspectos Psicológicos Relacionados com a Doença. Em C. Margato, & P. Queirós, *Técnicas de Reabilitação II* (pp. 47-61). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda
- Bae, S., Jeong, W., & Kim, K. (2012). Effects of Mirror Therapy on Subacute Stroke Patients' Brain Waves and Upper Extremity Function. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(10), 1119–1122.
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 11, 1403–1428. DOI: [10.2147/CIA.S107750](https://doi.org/10.2147/CIA.S107750)
- Baroni, Anna Flávia Ferraz Barros, Fábio, Soraia Ramos Cabette, & Dantas, Roberto Oliveira. (2012). Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arquivos de Gastroenterologia*, 49(2), 118-124. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000200005>
- Basaran, A., Emre, U., Karadavut, K. I., Balbaloglu, O., & Bulmus, N. (2012). Hand splinting for poststroke spasticity: a randomized controlled trial. *Topics in stroke rehabilitation*, 19(4), 329–337. DOI: [10.1310/tsr1904-329](https://doi.org/10.1310/tsr1904-329)

- Bastos, C. A. (2014). *MD Anderson Dysphagia Questionnaire: tradução e adaptação cultural para o português europeu*. Porto: Universidade do Porto.
- Bagley, P., Hudson, M., Forster, A., Smith, J., & Young, J. (2005). A randomized trial evaluation of the Oswestry Standing Frame for patients after stroke. *Clinical rehabilitation*, 19(4), 354–364. DOI: [10.1191/0269215505cr874oa](https://doi.org/10.1191/0269215505cr874oa)
- Beckert, L. P.-L. (2010). The Impact of Dysphagia on Quality of Life in Ageing and Parkinson's Disease as Measured by the Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) Questionnaire. *Springer Science+Business Media, LLC* 2009.
- Bomfim, Fernanda Maria Santana, Chiari, Brasília Maria, & Roque, Franceline Pivetta. (2013). Fatores associados a sinais sugestivos de disfagia orofaríngea em idosas institucionalizadas. *CoDAS*, 25(2), 154-163. DOI: [10.1590/S2317-17822013000200011](https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000200011)
- Braga, R. (2017a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p.181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p.263-270). Loures: Lusodidacta.
- Cancela, D. M. (2008). O Acidente Vascular Cerebral - Classificação Principais Consequências e reabilitação. *Psicologia*, 1-18.
- Comum, R. (2014). *CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE* . Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20669>
- Cordier, R. et al (2017). Using Rasch Analysis to Evaluate the Reliability and Validity Theory Approach. *Springer Science+Business Media, LLC*.
- Coskun Benlidayi, I., & Basaran, S. (2014). Hemiplegic shoulder pain: a common clinical consequence of stroke. *Practical neurology*, 14(2), 88–91. DOI: 10.1136/practneurol-2013-000606

Cournan M. (2012). Bladder management in female stroke survivors: translating research into practice. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 37(5), 220–230. DOI: [10.1002/rmj.054](https://doi.org/10.1002/rmj.054)

Daniels, S. K. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility Online*.

De, D., & Wynn, E. (2014). Preventing muscular contractures through routine stroke patient care. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(14), 781–786. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.14.781>

Deliberato, P. (2007). Exercícios terapêuticos: Guia teórico para estudantes e profissionais. Barueri: Editora Manole Ltda

Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.

Doenças, P. N. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Eskildsen, S. J., Jakobsen, D., Riberholt, C. G., Poulsen, I., & Curtis, D. J. (2019). Protocol for a scoping review study to identify and map treatments for dysphagia following moderate to severe acquired brain injury. *BMJ open*, 9(7), e029061. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-029061](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029061)

Felipini, L. M., & Prado, E. G. (2016). *Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil dos questionários Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) e Quality of Care in Swallowing Disorders (SWAL- CARE) para idosos com disfagia neurogênica*. São Paulo.

Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. Évora: Universidade de Évora

Ferreira, Alexandra Maria da Silva, Pierdevara, Ludmila, Ventura, Ines Margarida, Gracias, Amélia Maria Brito, Marques, Jorge Manuel Franco, & Reis, Maria Gorete Mendonça dos. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(16), 85-94. DOI: [10.12707/RIV17090](https://doi.org/10.12707/RIV17090)

Fonseca, M. (2006). Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Perspectiva do Docente. (pp.9-48). Coimbra: Editora Formasau.

Freitas, A., Coelho, A., Neves, L., & Romeiro, S. (2010). O regresso a casa do utente hemiplégico: organização da família para promover o bem-estar. Em M. Costa, B. Gomes, & M. Martins, Enfermagem de Reabilitação (pp.281-314). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Gaspar, Maria do Rocio de Faria, Pinto, Gisele de Sant'Ana, Gomes, Regina Helena Senff, Santos, Rosane Sampaio, & Leonor, Verena Dias. (2015). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Revista CEFAC*, 17(6), 1939-1945. DOI: [10.1590/1982-0216201517619114](https://doi.org/10.1590/1982-0216201517619114)

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gatens, C., & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. Em S. Hoeman, Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados (pp.551-578). Loures: Lusodidacta

Gender, A. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. Em S. Hoeman, Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados (pp.387-410). Loures: Lusodidacta

González-Fernández, M., Ottenstein, L., Atanelov, L., & Christian, A. B. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 1(3), 187–196. DOI: [10.1007/s40141-013-0017-y](https://doi.org/10.1007/s40141-013-0017-y)

Gomes, B. (2008). Enfermagem de Reabilitação: Um Contributo para a Satisfação do Utente - Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Henriques, C., Ávila, R., (2017). A Pessoa com Demência: Uma Perspetiva da Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.587-601). Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, Walter (2003) - A reabilitação: Criar novos caminhos. Loures : Lusociência.

- Hesse S. (2008). Treadmill training with partial body weight support after stroke: a review. *NeuroRehabilitation*, 23(1), 55–65.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação*. 9th ed. Editora Lusodidacta, Loures.
- Huber, F., & Wells, C. (2009). Exercícios Terapêuticos - Planeamento do Tratamento para Progressão. Loures: Lusodidacta
- Imaginário, C. (2004). O idoso dependente. Coimbra: Formasau.
- Jacobi, Juliana *et al.* (2005). Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter.
- Jeri, A., Logemann, P. (2009). “*Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders.*” (Austin:Pro-Ed., Ed.) (Pro-Ed.Inc, Vol. 2 Sub Edit). DOI: [10.1080/log.25.1.42.43](https://doi.org/10.1080/log.25.1.42.43)
- Jester, R. (2007). *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*. Oxford: Blackwell.
- Ji, S. G., Cha, H. G., Kim, M. K., & Lee, C. R. (2014). The effect of mirror therapy integrating functional electrical stimulation on the gait of stroke patients. *Journal of physical therapy science*, 26(4), 497–499. DOI: [10.1589/jpts.26.497](https://doi.org/10.1589/jpts.26.497)
- Kraus, E. M., Rommel, N., Stoll, L. H., Oettinger, A., Vogel, A. P., & Synofzik, M. (2018). Validation and Psychometric Properties of the German Version of the SWAL-QOL. *Dysphagia*, 33(4), 431–440. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9872-5>
- Kawanami, A. G. (2012). Comparação entre achados clínicos e videofluoroscópicos na identificação de penetração laríngea e aspiração laringotraqueal no acidente vascular encefálico. Botucatu.
- Lahtinen, S., Koivunen, P., Ala-Kokko, T., Kaarela, O., Laurila, P., & Liisanantti, J. H. (2019). Swallowing-related quality of life after free flap surgery due to cancer of the head and neck. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 276(3), 821–826. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-05264-w>

Lisboa Santos, L., (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.15-21). Loures: Lusodidacta.

Logemann, P., Jeri, A. (2006). Medical and rehabilitative therapy of oral, pharyngeal motor disorders. *GI Motility Online, PART 1 Ora*. DOI: [10.1038/gimo50](https://doi.org/10.1038/gimo50)

Logemann J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, 21(4), 563–573. DOI: [10.1016/j.bpg.2007.03.006](https://doi.org/10.1016/j.bpg.2007.03.006)

Logemann J. A. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19(4), 803–ix. DOI: [10.1016/j.pmr.2008.06.003](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003)

Logemann, J. A. (2015). Mechanisms of Normal and Abnormal Swallowing. In Cummings Otolaryngology – Head and neck surgery and oncology. Sixth Edition, Saunders

Loureiro, C., Couto, G., & Sobral, S. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular Cerebral. Em M. Costa, B. Gomes, & M. Martins, Enfermagem de Reabilitação (pp.153-191). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Lind C. D. (2003). Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterology clinics of North America*, 32(2), 553–575. DOI: [10.1016/s0889-8553\(03\)00024-4](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(03)00024-4)

Marques - Vieira C., Sousa, L., Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.465- 474). Loures: Lusodidacta.

McHorney, C. A., Martin-Harris, B., Robbins, J., & Rosenbek, J. (2006). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures. *Dysphagia*, 21(3), 141–148. DOI: [10.1007/s00455-005-0026-9](https://doi.org/10.1007/s00455-005-0026-9)

Menoita, E.C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P & Vieira, C. . (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. (Lusodidata, Ed.). Loures.

Morais, J. (2010). Dissertação de Tese de Mestrado. Preparação do Regresso a Casa: Do Hospital ao Contexto Familiar. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Moreira, S. R. (2012). *Tradução e Validação da EAT-10 e da FOIS para o Português*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

McHorney, C. A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J. C., Kimberly Chignell, A. E., & Bricker, D. E. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 97-114.

McHorney, C., Martin-Harris, B., & Rosenbek, J. R. (2006). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures. *Dysphagia*, 141-148.

Olchik, M. R., Ayres, A., Signorini, A. V., & Flores, L. S. (2016). Impacto das alterações das estruturas do sistema estomatognático na deglutição de idosos acamados. *RBCEH, Passo Fundo*, 135-142.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º 125/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.^a série - N.º 35- 18 de Fevereiro de 2011, 8658 - 8659. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento N.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série- N.º35 - 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 350/2015. *Diário da República*, 2.ª Série — N.º 119 — 22 de Junho de 2015, 16655-16660. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Park, Y. H., Han, H. R., Oh, B. M., Lee, J., Park, J. A., Yu, S. J., & Chang, H. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 34(3), 212–217. DOI: [10.1016/j.gerinurse.2013.02.014](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014)

Pearson, W. G., Jr, Langmore, S. E., & Zumwalt, A. C. (2011). Evaluating the structural properties of suprahyoid muscles and their potential for moving the hyoid. *Dysphagia*, 26(4), 345–351. DOI: [10.1007/s00455-010-9315-z](https://doi.org/10.1007/s00455-010-9315-z)

Pereira, R., (2017). Enfermagem Baseada da Evidência: Um Desafio, Uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.101-110). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F. (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Poslawsky, I. E., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of clinical nursing*, 19(1-2), 17–32. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2009.03023](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03023).

Portillo, M. C., & Cowley, S. (2011). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1731–1743. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2010.03379.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03379.x)

Printza, A., Triaridis, S., Kalaitzi, M., Nikolaidis, I., Bakirtzis, C., Constantinidis, J., & Grigoriadis, N. (2020). Dysphagia Prevalence, Attitudes, and Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Dysphagia*, 35(4), 677–684. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10075-0>

Reabilitação, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem e Reabilitação*.

Redol, F. & Rocha, C. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.189-202). Loures: Lusodidacta.

Queiroz, A. (2007). As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver. Fórum Enfermagem

Saúde, M. d. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Santos, A. C., Barreto, C., Barata, F., Carvalho, F. F., Pité, I., & Ferreira, L. (2018). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Recuperado de Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Santos, V., & Rasgado, S. (2010). Reabilitar a pessoa em todos os domínios da sua vivência. (5-6), A Rede.
- Scäffler, A., & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2012). *Anatimia & Fisiologia*. (Lusodidacta, Ed.) (8ª edição). Loures.
- Sheehan, J. L., Winzeler-Merçay, U., & Mudie, M. H. (2006). A randomized controlled pilot study to obtain the best estimate of the size of the effect of a thermoplastic resting splint on spasticity in the stroke-affected wrist and fingers. *Clinical rehabilitation*, 20(12), 1032–1037
- Spadotto, A. A. (2009). Análise quantitativa do sinal da deglutição. Tese de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos. doi:10.11606/T.18.2009.tde-21092009-144642. Recuperado em 2020-10-11, de www.teses.usp.br
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., ... ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13–e64. DOI: [10.1164/rccm.201309-1634ST](https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST)
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Soares Branco, P., (2017). Prevenir a Queda: Um Indicador de Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p.559-570). Loures: Lusodidacta.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (351-385). Loures: Lusodidacta.

Thrane, G., Friberg, O., Anke, A., & Indredavik, B. (2014). A meta-analysis of constraint-induced movement therapy after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 46(9), 833–842. DOI: [10.2340/16501977-1859](https://doi.org/10.2340/16501977-1859)

Timmerman, A. A., Speyer, R., Heijnen, B. J., & Klijn-Zwijnenberg, I. R. (2014). Psychometric characteristics of health-related quality-of-life questionnaires in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 29(2), 183–198. DOI: [10.1007/s00455-013-9511-8](https://doi.org/10.1007/s00455-013-9511-8)

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. DOI: [10.1161/STROKEAHA.107.483933](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933)

Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. (Elsevier, Ed.) (02–2010th ed.)

Van Steenoven, I., Aarsland, D., Hurtig, H., Chen-Plotkin, A., Duda, J. E., Rick, J., Chahine, L. M., Dahodwala, N., Trojanowski, J. Q., Roalf, D. R., Moberg, P. J., & Weintraub, D. (2014). Conversion between mini-mental state examination, montreal cognitive assessment, and dementia rating scale-2 scores in Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 29(14), 1809–1815. DOI: [10.1002/mds.26062](https://doi.org/10.1002/mds.26062)

Vanbellingen, T., & Bohlhalter, S. (2011). Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment, and treatment. *NeuroRehabilitation*, 28(2), 91–98. DOI: [10.3233/NRE-2011-0637](https://doi.org/10.3233/NRE-2011-0637)

Varanda, E., Rodrigues, C., (2017). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p.145-157). Loures: Lusodidacta.

Vieira, C. M., & Sousa, L. d. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Vieira, D. d. (2010). Validação da versão portuguesa do questionário SWAL-QOL em utentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço. Porto

Vieira, D., & Antunes, E. B. (2017). Clinical characteristics of dysphagia-related quality. *Investigacion en Logopedia*, 7(2), 157-188.

Vigia, C., Ferreira, C., Sousa, L., (2017). Treino de Atividades de Vida Diárias. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds). Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (p.351-360). Loures: Lusodidacta.

Ximenes, C. (2016). Qualidade de Vida relacionada com a disfagia em utentes com Esclerose Múltipla. Lisboa: Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Wang, J., Fritsch, C., Bernarding, J., Krause, T., Mauritz, K. H., Brunetti, M., & Dohle, C. (2013). Cerebral activation evoked by the mirror illusion of the hand in stroke patients compared to normal subjects. *NeuroRehabilitation*, 33(4), 593–603. DOI: [10.3233/NRE-130999](https://doi.org/10.3233/NRE-130999)

ANEXOS

ANEXO 1 Gugging Swallowing Screen

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa
com Deglutição Comprometida

ESCALA GUSS (Gugging Swallowing Screen)
VERSÃO PORTUGUESA

Instrumento de Triagem da Disfagia

1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
Tosse voluntária e/ou clearance Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
Deglutição de Saliva		
• Deglute com êxito	1	0
□ Sialorreia	0	1
• Mudança vocal	0	1

TOTAL

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

2ªFASE - Teste direto da deglutição

	*Pastoso→	**Líquidos→	***Sólidos
DEGLUTIÇÃO			
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e apos a deglutição – até 3 min mais tarde			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
SIALORREIA			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ Ouvir a voz do utente antes e após de engolir – deve falar: “Oh”			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar sólido	Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal

+ =

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

RESULTADOS/score	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20 SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas	Sem disfagia Risco mínimo de aspiração	Dieta normal Líquidos - sem restrição Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino
15-19 Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos Sólido mal sucedido	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	Dieta pastosa • Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra ótica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta da Fala
10-14 PASTOSA bem sucedida LÍQUIDOS mal sucedidos	Disfagia Moderada existe risco de aspiração	Dieta: • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia da Fala Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral
0-9 PASTOSA mal sucedida	Disfagia Grave Alto risco de aspiração	NPO (nada por via oral) • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta da Fala Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral

Adaptação The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen, PhD Michael Brainin, MD

ANEXO 2 Questionário Quality of Life in Swallowing Disorders

SWAL-QOL-PT

Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição

Versão portuguesa do SWAL-QOL Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS, & D. Earl Bricker, MS (2002)

Adaptado por Eva Bolle Antunes, SLP e Daniela Vieira, SLP (2009)

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar de que modo o seu problema em engolir tem afetado a sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

Nota Importante:

Sabemos que pode ter vários problemas físicos. Por vezes, torna-se difícil separá-los das dificuldades em engolir, mas esperamos que se consiga concentrar **apenas** no seu **problema em engolir**. Obrigado pelo seu esforço em completar este questionário.

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

1. Apresentam-se, de seguida, afirmações que pessoas com **problemas em engolir** podem produzir. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
É muito difícil lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir é um grande estorvo na minha vida.	1	2	3	4	5

2. Apresentam-se, de seguida, afirmações sobre a alimentação diária ditas por pessoas com **problemas em engolir**. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
Na maioria dos dias não me importo se como ou se não como.	1	2	3	4	5
Demoro mais tempo a comer do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Raramente tenho fome.	1	2	3	4	5
Demoro imenso tempo a comer uma refeição.	1	2	3	4	5
Já não sinto prazer em comer.	1	2	3	4	5

3. Apresentam-se, de seguida, alguns problemas físicos sentidos por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses problemas em consequência das suas dificuldades em engolir.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tossir.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao comer alimentos.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao beber líquidos.	1	2	3	4	5
Ter saliva ou expectoração espessas.	1	2	3	4	5
Vontade de vomitar.	1	2	3	4	5
Babar-me.	1	2	3	4	5
Problemas em mastigar.	1	2	3	4	5
Ter muita saliva ou expectoração.	1	2	3	4	5
Ter de limpar a garganta (pigarrear).	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na garganta.	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pela boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	1	2	3	4	5

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

4. De seguida, responda o **quanto concorda** com cada uma das afirmações sobre o modo como o seu **problema em engolir** afetou a sua dieta e alimentação no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso e o que não posso comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil encontrar comida que eu goste e que ao mesmo tempo possa comer.	1	2	3	4	5

5. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem sobre comunicação se aplicaram a si devido ao seu **problema em engolir** (assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
As pessoas têm bastante dificuldade em compreender o que digo.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil para mim falar com clareza.	1	2	3	4	5

6. Apresentam-se, de seguida, algumas preocupações mencionadas por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses sentimentos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando como alimentos.	1	2	3	4	5
Tenho medo de apanhar uma pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar quando bebo líquidos.	1	2	3	4	5
Nunca sei quando me vou engasgar.	1	2	3	4	5

7. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem **foram verdadeiras** para si devido ao seu **problema em engolir**. (assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre verdade	Frequente-mente verdade	Algumas vezes verdade	Raramente verdade	Nunca verdade
O meu problema em engolir deprime-me.	1	2	3	4	5
Ter de ter muitos cuidados a comer ou a beber aborrece-me.	1	2	3	4	5
Sinto-me desencorajado devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir frustra-me.	1	2	3	4	5
Fico impaciente ao lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

8. Pense na sua vida social no último mês. Refira o **quanto concorda** com cada uma das afirmações que se seguem.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Não vou comer fora por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir dificulta a minha vida social.	1	2	3	4	5
O meu trabalho ou as minhas actividades de lazer alteraram-se por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
As situações sociais (como férias ou festas) não são agradáveis por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu papel com familiares e amigos modificou-se devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

9. No último mês, **com que frequência** sentiu cada um dos seguintes sintomas físicos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
Sentir-me cansado.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em ficar a dormir.	1	2	3	4	5
Sentir-me exausto.	1	2	3	4	5

10. Atualmente, come ou bebe através de uma sonda de alimentação?

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Não 1

Sim..... 2

11. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência ou textura dos alimentos que comeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Dieta completamente normal, com uma grande variedade de alimentos, incluindo alimentos difíceis de mastigar como bifes, cenouras, pão, salada e pipocas.
B	Alimentos moles e fáceis de mastigar como estufados, fruta de conserva, legumes cozidos, carne picada ou sopas passadas.
C	Alimentos que tenham sido triturados por uma varinha mágica ou picadora, como comida em puré.
D	A maior parte da alimentação é feita através de sonda, comendo por vezes gelados, pudins, compotas, ou outros alimentos saborosos.
E	Toda a alimentação é feita através de sonda.

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

12. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência dos líquidos que bebeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Bebe líquidos como água, leite, chá, sumo de fruta e café.
B	A maior parte dos líquidos são espessos, como néctar de pêsego. Esses líquidos espessos escorrem lentamente da colher quando virada para baixo.
C	Os líquidos são moderadamente espessos. São líquidos difíceis de beber por uma palha, como é o caso dos batidos espessos, ou que escorrem muito lentamente, gota-a-gota, da colher quando virada para baixo, como o mel.
D	Os líquidos são muito espessos, ficando agarrados à colher quando virada para baixo, como pudim.
E	Não bebe líquidos pela boca ou apenas está limitado a pedaços de gelo.

13. No geral, considera que a sua saúde é:

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Má-----1

Razoável----- 2

Boa-----3

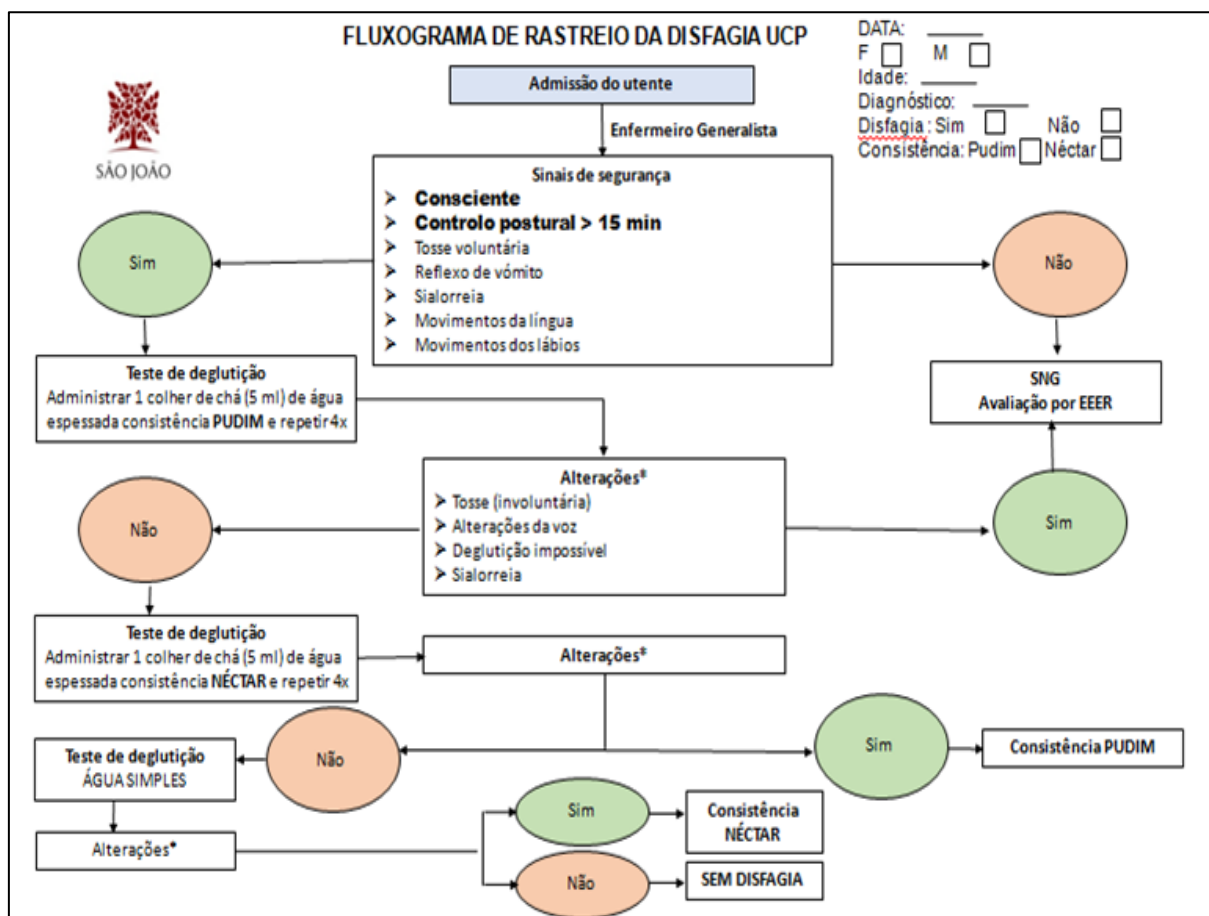
Muito boa----- 4

Excelente-----5

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE QUESTIONÁRIO!

ANEXO 3 Fluxograma de Rastreio da Disfagia

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida



ANEXO 4 Questionário Quality of Care in Swallowing Disorders

SWAL-CARE-PT

Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde nas Perturbações de Deglutição

Versão portuguesa do SWAL-CARE Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS, & D. Earl Bricker, MS (2002)

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar o que sente sobre os cuidados de saúde que recebe devido ao seu problema em engolir.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. Como avalia os conselhos que recebeu sobre:

	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Notável
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. Como avalia os conselhos que recebeu sobre:

	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Notável
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6

Os terapeutas da deglutição são os profissionais de saúde que cuidam dos seus problemas em engolir (por exemplo, terapeutas da fala). Eles podem dar-lhe conselhos sobre como engolir de modo mais fácil e seguro. Podem também observá-lo enquanto come ou bebe. Podem tirar-lhe um raio-X enquanto fazem isso. No entanto, estes profissionais nunca receitam medicamentos. Quando responder às questões que se seguem, pense apenas nestas pessoas.

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

SWAL-CARE-PT

1. Pense nos conselhos que o terapeuta da deglutição lhe possa ter dado. Como avalia os conselhos que recebeu nas seguintes áreas:

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Excepcional
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6
Comidas que devo evitar.	1	2	3	4	5	6
Líquidos que devo beber.	1	2	3	4	5	6
Líquidos que devo evitar.	1	2	3	4	5	6
Técnicas que ajudem a comidar a descer.	1	2	3	4	5	6
Técnicas que ajudem a evitar engasgar-me.	1	2	3	4	5	6
Quando devo contactar um terapeuta da deglutição.	1	2	3	4	5	6
Objetivos do tratamento para o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5	6
As minhas opções de tratamento.	1	2	3	4	5	6
O que fazer se começar a engasgar-me.	1	2	3	4	5	6
Sinais de que não estou a comer ou a beber o suficiente.	1	2	3	4	5	6

2. Estamos interessados nos seus sentimentos, **bons e maus**, sobre os cuidados que tem recebido dos terapeutas da deglutição. Nos últimos 3 meses, quantas vezes sentiu que:

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Nunca	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
Tinha confiança nos seus terapeutas da deglutição.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição explicaram-lhe tudo sobre o seu tratamento.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição passaram tempo suficiente consigo.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição colocaram as suas necessidades em primeiro lugar.	1	2	3	4

Adaptado por Antunes, Vieira, & Dinis-Ribeiro (2015) e Daniela Vieira (2009)

ANEXO 5 Autorização da utilização da Escala GUSS

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida



Alexandra Ferreira <alexandramariasilvaferreira@gmail.com>

para Humberto ▾

domingo, 3/11/2019, 18:42 ☆ ↩

Caríssimo Sr Enfermeiro Humberto,

Em resposta ao seu email, venho autorizar e disponibilizar a Escala GUSS para a realização do seu estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,

Alexandra Ferreira

ANEXO 6 Autorização da utilização dos Questionários SWAL-QOL e SWAL-CARE

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida



Humberto Ferreira <humbertoferreira1986@gmail.com>
para mim ▾

segunda, 23/09/2019, 21:24 ☆ ↶ ⋮

----- Forwarded message -----

De: **Daniela Vieira** <dvieira@ufp.edu.pt>
Date: segunda, 23/09/2019, 21:22
Subject: Re: Escala SWAL-QOL e SWAL-CARE
To: Humberto Ferreira <humbertoferreira1986@gmail.com>

Estimado Enfermeiro Humberto Ferreira,

Muito grata pela opção de uso dos questionários acima mencionados.

É uma mais valia na sua divulgação e difusão o uso por vários profissionais de saúde.

Nada tenho a opor quanto ao uso das mesmas no seu estudo. No entanto saliento que o questionário SWAL-QOL apenas se encontra validado para população oncológica, estando a ser validado na população neurológica neste momento; já o SWAL-CARE apenas se encontra em fase de adaptação linguística e cultural e ainda não foi testada a sua validade psicométrica na população portuguesa.

Assim, questiono sobre o seu interesse na sua utilização.

Com os meus melhores cumprimentos,
Daniela Vieira



Daniela Vieira
Unidade Técnica de Terapia da Fala - MFR
Avenida Fernando Pessoa, 150
4420-096 Gondomar, Portugal
222 455 426 - <https://he.ufp.pt>

HOSPITAL
FERNANDO PESSOA



Terapêutica da Fala (Speech Therapy)

Universidade Fernando Pessoa (University Fernando Pessoa)
Faculdade de Ciências da Saúde (Faculty of Health Sciences)

ANEXO 7 Consentimento Informado

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☐ Sim (Nº de páginas _____)

O Investigador responsável

Nome: _____
legível assinatura

Identificação do participante

Nome: _____
BI/CC nº: _____

Participante/Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____
assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____
BI/CC nº: _____ Grau de parentesco: _____

Data: ____/____/____
assinatura

ANEXO 8 Comunicação Livre - “Contributo da GUSS e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Pneumonia de Aspiração”



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2018

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UM PATRIMÓNIO PARA O FUTURO

Certifica-se que

**"Contributo da GUSS e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na
Prevenção da Pneumonia da Aspiração"**

do(s) autor(es):

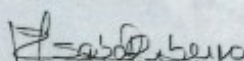
Alexandra Ferreira¹; Ludmila Pierdevara¹; Humberto Ferreira¹; Bruna Dias²

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; 2 - Unidade de Longa Duração e Manutenção de Aljezur

recebeu o **3º Prémio**

do concurso de **Comunicação Livre**.

A Presidente da APER,


(Isabel Ribeiro)

ÉVORA HOTEL
6 A 8 DE DEZEMBRO DE 2018

APÊNDICES

APÊNDICE 1 Plano de Cuidados Individualizado

Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S.João
Polo de Valongo

PLANO DE CUIDADOS

Estudante: Humberto Carlos de Carvalho Ferreira

Orientador: Professor Rogério Ferrinho Ferreira

Enfermeiro Supervisor: Especialista em Enfermagem de Reabilitação Elisabeth Sousa

Valongo, Janeiro de 2020

Avaliação Inicial

Nome: Sr. A.G	Idade: 77 anos	Sexo: Masculino	Religião: Católico praticante	Profissão: Reformado
Agregado familiar: Vive com a esposa	Residência: Valongo	Sistemas/ serviços de apoio: SNS	Raça: Caucasiana.	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 14/01/2020		Motivo do internamento: AVC isquémico	<u>Terapêutica Prescrita no Internamento:</u> Ramipril 1,25 mg Oral [9h]; Alopurinol 100 mg Oral [9h]; Pantoprazol 40 mg Oral [7h]; Furosemida 40 mg Oral [9h]; Lactulose 15mL [3id]; Enoxaparina 40mg SC [19h]	
Outros: Sinais Vitais 1xd Dieta Passada				

Ensino Clínico II- Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S.João - Polo de Valongo

História Clínica

Atual: Encontrava-se internado na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S.João - Polo de Valongo enquanto aguarda Unidade de Convalescença. Apresentava-se dependente em grau moderado em todas AVD's, com exceto alimentação dependente em grau reduzido.

Foi trazido ao Serviço de Urgência por: *“hemiplegia a direita e afasia que surgiu ao acordar”*.

Realizou TAC CE a entrada que revelou *“Ligeira atrofia cortical. Leucoaraiosis periventricular com lacuna peri-talâmica esquerda. Sistema ventricular permeável, sem desvios medinos”*.

TAC CE de controlo : *“estudo tomodensitométrico com cortes de 5 mm de espessura, sem administração intravenosa d contraste iodado. Estudo comparativo a anterior avaliação, evidenciou o aparecimento de hipodensidade lenticulo-capsula esquerda, em relação com lesão vascular isquémica em evolução – fase subaguda. Restantes aspectos inalterados.”*

Antecedentes Pessoais de Saúde:

Hipertensão arterial;

Fibrilhação auricular;

Cardiopatia isquémica; .

- Desconhecidas alergias alimentares e/ou medicamentosas.

- Previamente ao internamento era autónomo na realização dos autocuidados.

Medicação do Domicílio:

Furosemida 40 mg 1xd
Pantoprazol 20mg 1xd
Ramipril 1,25 mg 1xd
Vibradina 5 mg 1xd
Alopurinol 100 mg 1xd
Nitroglicerina 10 mg TD
Espironolactona 25 mg 1xd

Avaliação Enfermagem de Reabilitação

Dia 06/01/2020

Sr. A.G. encontrava-se desperto, com discurso coerente, um Score da Escala de Glasgow 15; Escala de NIHSS- score 6. Asténico, caquético e colaborante dentro das suas possibilidades. Compreensão preservada. Hipofónico com discurso coerente, mas com dificuldade na repetição de frases. Aplicado o *Mini Mental States Examination*- Score de 24 (nível de cognição equiparado a um nível de escolaridade superior a 11 anos). Apresenta pupilas isocóricas e isorreativas. Sem desvio do olhar, ou nistagmo. Sem negligência visual/espacial unilateral. Reflexo de deglutição encontra-se alterado, com disfagia para os líquidos, segundo escala GUSS score 12. Tinha mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas.

Hemodinamicamente estável. Na auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido globalmente. Padrão respiratório misto, tosse ineficaz (pico de fluxo de tosse 170l/min. Abdómen mole, depressível e indolor.

Relativamente ao nível de dependência na realização dos autocuidados, apresenta Score Total de 0 (dependente total) na Escala de Barthel; Medida de Independência Funcional: 22 - Dependência Modificada, tendo Assistência até 50% da tarefa. Em termos motores, apresenta espasticidade muscular no membro inferior esquerdo (grau 0 na Escala de *Ashworth* Modificada); força muscular diminuída no membro inferior direito, ocorrendo movimento, não vencendo a gravidade (grau 2/5 na Escala de Lower), e força muscular diminuída no membro inferior esquerdo, em que o raio de movimento é completo contra a gravidade, mas não contra resistência (grau 3/5 na Escala de Lower). Sem contração muscular e sem movimento no membro superior direito (grau 0/5 na Escala de Lower) e força muscular mantida no membro superior esquerdo. Relativamente ao equilíbrio, apresenta apenas equilíbrio estático na posição de sentado. Tem desequilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática – Escala de Berg: Score 3/56.

Relativamente à face, apresenta apagamento do sulco nasogeniano direito e desvio da comissura labial esquerda. Sensibilidade Mantida.

Dia 07/01/2020

No 2º dia do internamento, aplicação do questionário SWAL-QOL e para percebermos o impacto das intervenções dos profissionais do anterior internamento aplicamos o questionário SWAL-CARE. Obteve-se um score de 123 e 37 respetivamente.

Dia 23/01/2020

Aplicação dos dois questionários, tendo obtido um score de 172 para o questionário SWAL-QOL e 76 para o questionário SWAL-CARE. Com estes resultados constatou-se que a satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação melhorou significativamente a qualidade de vida do utente melhorou significativamente, assim como satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação. Utente mais confiante e satisfeito, dado que voltou a recuperar do prazer de comer dos alimentos que tinha por hábito ingerir no seu dia a dia.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Escala de Morse

Data:	06/01/2020	24/01/2020
Historial de quedas, neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Sim - 25	Sim - 25
Diagnóstico Secundário	Sim - 15	Sim - 15
Ajuda para caminhar	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde - 0	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde - 0
Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Sim - 15	Sim - 15
Postura no andar e na transferência	Comprometida/Cambaleante - 20	Comprometida/Cambaleante - 20
Estado mental	Consciente das suas capacidades - 0	Consciente das suas capacidades - 0
Score	75 pontos - Alto Risco	75 pontos - Alto Risco

Escala de Braden

Data:	06/01/2020	24/01/2020
Percepção Sensorial:	Muito limitada - 2	Muito limitada - 2
Humidade:	Pele raramente húmida - 4	Pele raramente húmida - 4
Atividade:	Acamado - 5	Sentado - 2
Mobilidade:	Muito limitado - 3	Muito limitado - 2
Nutrição:	Inadequada - 2	Adequada - 3
Fricção e Forças de Deslizamento:	Problema Potencial - 2	Problema Potencial - 2
Score	<u>18 Pontos – Baixo Risco</u>	<u>15 Pontos – Baixo Risco</u>

Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nome: 9.6 Idade: 77 anos

Data da avaliação: 6 / 7 / 2020

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

1.1. Em que ano estamos?	<u>1</u>
1.2. Em que mês estamos?	<u>1</u>
1.3. Em que dia do mês estamos?	<u>1</u>
1.4. Em que dia da semana estamos?	<u>1</u>
1.5. Em que estação do ano estamos?	<u>1</u>
1.6. Em que país vive?	<u>1</u>
1.7. Em que distrito vive?	<u>1</u>
1.8. Em que terra vive?	<u>1</u>
1.9. Em que casa estamos?	<u>1</u>
1.10. Em que andar estamos?	<u>1</u>

Pontos: 10

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)
 "Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor."
 Pêra 1
 Gato 1
 Bola 1

Pontos: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)
 "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois, ao número encontrado, volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."
 27 1 24 1 21 1 18 1 15 1

Pontos: 5

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)
 "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."
 Pêra 1
 Gato 1
 Bola 1

Pontos: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio	<u>1</u>	Pontos: <u>1</u>
Lápis	<u>1</u>	Pontos: <u>1</u>

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa." (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita	<u>1</u>	Pontos: <u>1</u>
Dobra ao meio	<u>1</u>	
Coloca onde deve	<u>1</u>	

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.
Fechou os olhos

Pontos: 1

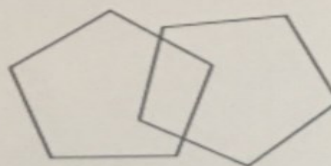
e. "Escreva uma frase inteira aqui." (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

Pontos: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO:



CÓPIA:

Pontos: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 24

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos

Escala de Lower

0/5	Sem contração muscular e sem movimento	
1/5	Observa-se contração palpável e /ou visível sem movimento	
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama	
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência	
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência	
	06/01/2020	24/01/2020
	MSD – 0/5 MID – 1/5 MIE – 3/5	MSD – 1/5 MID – 3/5 MIE – 5/5

Escala de Ashworth Modificada (06/01/2020) a (24/01/2020)

Escala de Ashworth Modificada	
0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da ADM restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afectada rígida em flexão ou extensão

MIE →

Escala de Barthel (06/01/2020)

1. Alimentação	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
Dependente	0
2. Transferências	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4. Utilização do WC	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda	5
Dependente	0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
Imóvel	0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
8. Vestir	
Independente	10
Com ajuda	5
Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
TOTAL	

**Escala de Barthel (24/01/2020)**

1. Alimentação	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
Dependente	0
2. Transferências	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4. Utilização do WC	
Independente	10
Precisa de alguma ajuda	5
Dependente	0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
Imóvel	0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
8. Vestir	
Independente	10
Com ajuda	5
Impossível	0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
TOTAL	

Medida de Independência Funcional (MIF)

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)														
	DATA: 07/01/2020							NOME: A.G.						
IDADE: 77 anos	DIAGNÓSTICO: AVC isquémico													
AVALIAÇÕES	DATA: 06/01/2020							DATA: 24/01/2020						
CATEGORIAS E DIMENSÕES	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
AUTOUIDADO														
Alimentação	×							×						
Higiene Pessoal	×								×					
Banho	×								×					
Vestir a Metade Superior do Corpo	×								×					
Vestir a Metade Inferior do Corpo	×							×						
Utilização da Sanita	×							×						
CONTROLO DE ESFÍNCTERES														
Controlo Vesical	×							×						
Controlo Intestinal	×							×						

MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS																
Transferências: leito/cadeira; cadeira/leito	✖									✖						
Transferências: sanita	✖									✖						
Transferências: banheira; duche	✖									✖						
LOCOMOÇÃO																
Marcha; cadeira de rodas	✖										✖					
Escadas	✖									✖						
COMUNICAÇÃO																
Compreensão			✖											✖		
Expressão		✖										✖				
COGNIÇÃO SOCIAL																
Interação Social		✖											✖			
Resolução de Problemas da Vida Quotidiana	✖									✖						
Memória		✖										✖				
PONTUAÇÃO: 22								PONTUAÇÃO: 33								

Escala de Berg

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- ☐ 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- ☐ 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- ☐ 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- ☐ 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- ☒ 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- ☒ 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- ☐ 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- ☐ 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- ☒ 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- ☐ 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- ☐ 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- ☐ 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- ☐ 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- ☐ 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- ☒ 0 Necessita de ajuda para se sentar

4. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- ☐ 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- ☐ 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- ☐ 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- ☒ 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

5. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- ☐ 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- ☒ 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

6. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- ☐ 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto

- ☐ 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- ☒ 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

7. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- ☐ 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- ☐ 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- ☐ 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- ☐ 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- ☒ 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

8. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- ☐ 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- ☐ 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- ☐ 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- ☐ 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- ☒ 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

9. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- ☐ 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- ☐ 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso

- ☐ 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- ☒ 1 Necessita de supervisão ao virar
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- ☐ 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- ☐ 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- ☐ 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- ☐ 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- ☒ 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

11. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- ☐ 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- ☐ 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- ☐ 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- ☐ 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- ☒ 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

12. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- ☐ 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos

☒ 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

13. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

() 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

() 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

() 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

() 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

☒ 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

PONTUAÇÃO TOTAL: 3 (máximo = 56)

06/01/2020	24/01/2020
DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)	DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)
1. Da posição de sentado para a posição de pé: 0	1. Da posição de sentado para a posição de pé: 0
2. Ficar em pé sem apoio: 0	2. Ficar em pé sem apoio: 0
3. Sentado sem apoio: 2	3. Sentado sem apoio: 2
4. Da posição de pé para a posição de sentado: 0	4. Da posição de pé para a posição de sentado: 0
5. Transferências: 0	5. Transferências: 1
6. Ficar em pé com os olhos fechados: 0	6. Ficar em pé com os olhos fechados: 0
7. Ficar em pé com os pés juntos: 0	7. Ficar em pé com os pés juntos: 0
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado: 0	8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado: 0
9. Apanhar um objecto do chão: 0	9. Apanhar um objecto do chão: 0
10. Virar-se para olhar para trás: 1	10. Virar-se para olhar para trás: 1
11. Dar uma volta de 360 graus: 0	11. Dar uma volta de 360 graus: 0
12. Colocar os pés alternadamente num degrau: 0	12. Colocar os pés alternadamente num degrau: 0
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro: 0	13. Ficar em pé com um pé à frente do outro: 0
14. Ficar em pé sobre uma perna: 0	14. Ficar em pé sobre uma perna: 0
TOTAL: 3	TOTAL: 4

DIAGNÓSTICOS E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Através da avaliação de enfermagem, e tendo em conta a individualidade do Sr. A.G –identificaram-se os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- ✓ Diagnóstico I: Comunicação comprometida em Grau Moderado.
- ✓ Diagnóstico II: Deglutição comprometida
- ✓ Diagnóstico III: Paresia do hemicorpo direito.
- ✓ Diagnóstico IV: Equilíbrio corporal comprometido.
- ✓ Diagnóstico V: Espasticidade em grau moderado dos membros inferiores.
- ✓ Diagnóstico VI: Ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas ineficaz.
- ✓ Diagnóstico VII: Risco de queda presente, em grau elevado

	DIAGNÓSTICO I: Comunicação comprometida em Grau Moderado, devido a hipofonia e discurso não fluente. OBJETIVO (S): Que a utente consiga estabelecer uma comunicação eficaz	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
	<p>Identificar eventuais alterações da linguagem, verificando a compreensão, expressão, repetição e nomeação</p> <p>Estabelecer uma comunicação eficaz através de comportamentos facilitadores da mesma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar ambiente calmo ○ Comunicar através de frases curtas, questões simples e diretas ○ Executar exercícios de repetição, com palavras simples e sequencias de números ou dias da semana por exemplo ○ Promover a comunicação não-verbal, com gestos e imagens complementares do discurso ○ Falar de forma pausada, transmitindo uma ideia de cada vez e dando tempo para a resposta. 	<p>Dia 06/01, apesar de apresentar hipofonia e discurso não fluente, utente respondeu corretamente o nome e orientação espaço temporal.</p> <p>Dia 07/01- Aplicado a avaliação das escalas: MMSE (socre 24, ou seja considera-se uma congição com um nível de escolaridade superior a 11 anos)</p> <p>Dia 13/01 apresentava melhoria na repetição mas mantém hipofonia, notou-se melhoria da interação</p> <p>Dia 17/01 mantém-se hipofonico, contudo melhorado, conseguiu repetir mais palavras de forma perceptível.</p> <p>Dia 24/01 Compreensão sempre preservada, pelo que comunicação foi sempre estabelecida de forma eficaz, o que permitiu maior colaboração por parte do utente com o programa de reabilitação.</p> <p>MMSE (manteve o socre 24)</p>

	DIAGNÓSTICO II: Deglutição comprometida (disfagia para líquidos). OBJETIVO (S): Alimentar e hidratar a pessoa de forma segura.	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
	Alimentar e hidratar a pessoa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manter posição de sentado durante a alimentação; ○ Incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha, pois acionam-se os automatismos da deglutição, facilitando o processo; ○ Evitar distrações (TV e conversas paralelas); ○ Adequar dieta ao tipo de disfagia, testando previamente a severidade do compromisso de deglutição (Escala GUSS); ○ Avaliar se uma forma sistematizada a deglutição (estrutural e funcional) ○ Espessar os alimentos líquidos para a consistência mel; Na hidratação utilizar água com espessante; ○ Flectir o pescoço para o lado afectado e solicitar a extensão da cabeça facilitando a a drenagem gravitacional, melhorando a velocidade do trânsito oral; ○ Exercícios de Reabilitação Miofuncional e Manobras de Deglutição com o objetivo de aumentar a força nos músculos facial, dos lábios e língua 	07/01- Apresenta disfagia para líquidos (score 13 segundo escala GUSS), sem disfagia na consistência pudim. Observa-se: <ul style="list-style-type: none"> - controlo do tronco e cabeça na posição de sentada na cama, - desvio da comissura labial direita. - realiza insuflação das bochechas - reflexo de engasgo com uso de espátula presente - Tem prótese dentária por ausência de peças dentárias (contudo prótese ajustada) 10/01 Doente colaborante com os exercícios como a protração, retração e lateralização dos lábios, apreensão da espátula; o gesto do assobiar; a imitar o beijinho, movimentos de sucção; exercícios de resistência da língua com pressão da colher contra a língua e a dupla deglutição. Muito colaborante com os alimentos com diferentes sabores, texturas e temperaturas. 17/01 Doente motivado, apresentava iniciativa para se alimentar autonomamente, com talheres adaptados. Bebeu cerca de 50 ml de água espessada na consistência mel pelo copo. Alimentava-se na totalidade da dieta (alimentação trazida pela esposa).

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulação gustativa; ○ Restringir o tamanho do bolo alimentar (colher de sobremesa); ○ Colocar a colher na metade posterior da língua no lado não afetado, pressionando ligeiramente para baixo. ○ Incentivar deglutição; ○ Avaliar deglutição; ○ Vigiar refeição; ○ Ficar por menos 30 minuto em posição de sentado; ○ Manter higiene rigorosa da boca, privilegiando a hidratação das mucosas, de forma a otimizar as estruturas para eventual recuperação funcional da deglutição; ○ Reavaliar a capacidade/incapacidade para a deglutição, de acordo com a evolução clínica. ○ Solicitar à esposa alguns alimentos que o doente mais aprecia (fruta, sopa e arroz). 	<p>24/01- Realizava os exercícios autonomamente, várias vezes ao dia.</p> <p>Demonstrou “prazer” aquando alimentação;</p> <p>Escala de GUSS com um score de 15</p> <p>Não foi possível testar para alimentos sólidos, no entanto apresentava potencial, dado que já tinha sido introduzido diferentes texturas e consistências como carne picada e arroz com feijão muito bem cozido.</p> <p>-</p>
--	---	--

	DIAGNÓSTICO III: Paresia do hemicorpo direito (força muscular 0/5 MSD , G2/5 MID) OBJETIVO (s): Diminuir o grau de dependência até ao dia da alta Estimular a propriocepção, prevenindo a negligência do lado afetado.	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<p>Promover independência da utente, privilegiando a estimulação do hemicorpo direito:</p> <p>Promover o toque e consciencialização do hemicorpo direito;</p> <p>Exercícios passivos articulares polisegmentares e de fortalecimento muscular do hemicorpo direito;</p> <p>Automobilização do membro superior direito;</p> <p>Quando no leito, ensino de técnicas de rolamento e de extensão lombo-pélvica, para possibilitar uma melhor acomodação da roupa.</p> <p>Ensinar técnicas de vestir, relatando em voz alta os procedimentos:</p> <p>Camisola: primeiro a manga do membro afetado, puxando até ao ombro e costas, permitindo assim, vestir a seguir o membro do lado não afetado.</p>	<p>Assimilou adequadamente os procedimentos ao longo destedeste espaço temporal.</p> <p>7/01- Apresenta força muscular 0/5 MSD e 2/5 MID(escala Lower). Aquando a automobilização do membro superior direito, doente consegue segurar e realizar o movimento de extensão até 45° 3 vezes, posteriormente devido ao cansaço apenas segurou a mão. Instruído para realizar a ponte, participou realizando a tecnica com amplitude de cerca 5 cm. Realizou oscilações pelvicas, necessitou de ajuda apenas no controlo do movimento.</p> <p>10/01 - Na técnica de elevação da bacia realizou 3 sequências com uma altura de cerca 10 cm. Colaborante com as oscilações pelvicas, realizou 5 sequências de forma autonoma.</p> <p>17/01 - Colaborante nas mobilizações ativas.</p> <p>Realizou auto mobilização do membro superior direito 10 sequências, conseguindo segurar e realizar o movimento de extensão com uma amplitude de cerca 70°, 6 repetições de forma</p>

Para despir cumprir o processo inverso

Calças: cruzar o membro afetado sobre o não afetado, vestindo primeiramente este até ao joelho. Depois, veste o membro inferior menos afetado, e por fim deve puxar a calça o mais que puder.

Solicitar a colaboração da utente para se vestir, e proceder ao vestir/despir com apoio

Solicitar a colaboração da utente para se lavar no WC sem apoio.

Elogiar progressos e capacidade de adaptação

ativa e 4 repetições assistido com amplitude de cerca 90°.

Dia 21/01 - Realizou auto-mobilização do membro superior Direito 4 vezes, conseguindo segurar e realizar o movimento de extensão com uma amplitude de cerca 70°. Colaborou com técnica de elevação da bacia apenas aquando o vestir e despir com amplitude reduzida.

Treino do autocuidado vestir e despir;

Treino da transferência para a cadeira de rodas, demonstrou-se eficaz, necessitando apenas de apoio parcial do lado afetado.

24/01- já consegue realizar a higiene no WC, na cadeira do banho, com ajuda mínima.

<p>DIAGNÓSTICO IV: Equilíbrio Comprometido – Score 3 na Escala de Berg</p> <p>OBJETIVO (S): Que a utente consiga manter equilíbrio estático e dinâmico, na posição de sentada e ortostática – Escala de Berg (Pontuação entre 0 e 20 indica mau equilíbrio, e correlaciona-se com alto risco de queda) ≥ 21</p>		
<p>Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020</p>	<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	
	<p>Avaliar a funcionalidade do utente através do Índice de Barthel e da Medida Independência Funcional;</p> <p>Avaliar o equilíbrio do utente através da Escala de Berg;</p> <p>Explicar os procedimentos ao utente;</p> <p>Realizar as provas dedo-nariz e calcanhar Joelho;</p> <p>Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (com as mãos apoiados de lado, no colchão);</p> <p>Executar o exercício do avião, quando sentado;</p> <p>Realizar treino de ortostatismo;</p> <p>Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática;</p> <p>Realizar Teste de Romberg;</p> <p>Estimular e elogiar colaboração do utente.</p>	<p>AVALIAÇÃO</p> <p>Dia 06/01 e 10/01 apresentava apenas equilíbrio estático na posição de sentado, pontuando na Escala de Berg 3/56.</p> <p>Foram realizados exercícios para o restabelecimento do equilíbrio, quer estático quer dinâmico, sentado.</p> <p>Dia 17/01 apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, no entanto ainda apresentava desequilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática – Escala de Berg: Score 4/56.</p> <p>Dia 24/01 Nas transferências de cama para cadeira necessita apenas de uma pessoa. Manteve-se treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, como na posição ortostática.</p> <p>Dada a situação do doente não conseguir de uma forma segura a posição de pé, o Teste de Romberg não foi possível realizar</p>

	DIAGNÓSTICO V: Mobilidade Comprometida, devido a hemiparésia direita (força muscular G2/5 MSD, G3/5 MID, G 4/5 MIE) OBJETIVO(S): Prevenir efeitos da imobilidade Prevenir a espasticidade Melhorar a amplitude de movimento Melhorar a força muscular Melhorar a função	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	<p>Avaliar a funcionalidade do utente através do Índice de Barthel e da Medida Independência Funcional</p> <p>Avaliar sistema muscular da utente através de instrumentos de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tónus Muscular – Escala de Ashworth Modificada <p>Otimizar o espaço físico, colocando a mesa-de-cabeceira à direita,</p> <p>Monitorizar a dor antes, durante e após a intervenção</p> <p>Realizar Alongamento Muscular;</p> <p>Realizar estimulação sensorial do hemicorpo direito e cervical: massagem manual - <i>Effleurage/ Petrissage</i>;</p> <p>Pedir colaboração à utente na realização dos exercícios e mobilizações (integração proprioceptiva);</p> <p>Realizar aproximações articulares:</p> <p>Executar técnica de exercício muscular ou articular à utente, 3 vezes por dia, 10 repetições de cada série:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar movimento articular passivo nos membros superior e inferior direitos 	<p>O Sr. A.G. mostrou-se colaborante aquando das intervenções, demonstrando agrado na realização das mobilizações e exercícios.</p> <p>Foi visível uma evolução significativa no ganho de força muscular, tanto a nível do membro superior como do membro inferior direitos. Dia 13/01 já apresentava no membro superior força grau 1/5, esboçando algum movimento, mas sem conseguir realizar preensão e dissociação dos dedos.</p> <p>A nível do membro inferior direito no dia 14/01 já apresentava força grau 2/5.</p> <p>A nível do MIE apresentava força muscular grau 3/5. Não foi possível introduzir o treino e marcha com dispositivo auxiliar de marcha, pois pela presença de artroses não permitiu extensão completa do arco do movimento articular dos joelhos.</p>

- Realizar movimento articular passivo e assistido ou assistido resistido a nível da: cabeça (rotação, flexão/extensão, lateralização), membros superiores e inferiores: flexão da coxa com flexão do joelho, extensão da coxa e do joelho, abdução e adução da coxa, rotação externa e interna da coxa, flexão e extensão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar do tornozelo, inversão e eversão do tornozelo, na flexão/extensão, abdução/adução, rotação externa/rotação interna da anca:
- Respeitar amplitude de movimento;
- Executar exercícios de facilitação cruzada
- Realizar exercícios terapêuticos no leito:
 - Ensinar e assistir na execução da ponte, rolamento para o lado sã e para o lado afetado, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização do membro superior direito.
- Incentivar observação da mobilização realizada no hemicorpo direito
- Executar exercícios de facilitação cruzada, tocar no hemicorpo direito, exercícios de estimulação da motricidade fina, como pegar em pequenos objetos, e “movimento de pinçar” as falanges (promover o

Quanto ao tónus muscular apresentou inicialmente grau 2 e desde de dia 06/01 manteve grau 1 na Escala de Ashworth Modificada.

A gestão do esforço foi sempre levada em consideração, pelo que a introdução dos movimentos resistidos e da colaboração no levantar foram sempre graduais e segundo tolerância do doente.

	<p>toque/consciencialização do hemicorpo direito)</p> <p>Exercícios isométricos, isotónicos, e isocinéticos (durante um período de 15 minutos), com especial atenção aos gastrocnémios, solear, tibial anterior, quadricípites e isquiotibiais.</p> <p>Incentivar mobilizações ativas no hemicorpo esquerdo</p> <p>Promover o repouso do utente</p> <p>Vigiar aporte nutricional do utente</p> <p>Realizar registos das intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas e resultados obtidos</p> <p>Estimular e elogiar colaboração do utente</p>	
--	---	--

	DIAGNÓSTICO VI: Ventilação comprometida, limpeza das vias aéreas ineficaz OBJETIVO (S): Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
	Avaliar respiração; Avaliar ventilação (presença de ruídos adventícios, tempo inspiratório e expiratório); - Executar cinesiterapia respiratória: abertura costal global, abertura costal seletiva à direita e esquerda, técnica de drenagem postural modificada, percussão torácica, compressão e vibrocompressão torácica. Executar técnicas respiratórias: reeducação abdominodiafragmática posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar saturação de O₂; Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento; Estimular reflexo de tosse <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar expectoração e aspirar secreções. ○ Treino de tosse Dirigida e assistida 	Dia 7/01- Na auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido globalmente Pico de fluxo de tosse 170l/min À percussão, apresenta mais sonoridade nos ápices e sub-maciszez nas bases. Eupneico com 18 ciclos resp/minuto; saturações de 94 % no ar do ambiente, com respiração de predomínio abdominal Tensão arterial 104/57 mmHg; Frequência cardíaca 64 batimentos /min e apiretico com 36,6°C. Realizadas intervenções ao nível da optimização da distribuição e ventilação alveolar, através da dissociação dos tempos respiratórios com realização da expiração com os lábios semicerrados para prolongamento do tempo expiratório,

		<p>Instruído para realizar respiração diafragmática com colaboração rezoável. Realizados exercícios de reeducação diafragmática global e das hemicupulas, assim como da abertura costal global com recurso a bastão de forma assistida apoiando dos cotovelos e membro superior direito.</p> <p>Aplicadas técnicas para promover a higiene brônquica: manobras acessórias (percussão e vibração), Durante as intervenções apresentou acessos de tosse com saída de secreções em pequena quantidade; Ensino da técnica de huffing, tendo o doente colaborado.</p> <p>Dia 23/01 –Sem dispneia e/ou cansaço fácil;</p> <p>Pico de fluxo de tosse 220l/min.</p>
--	--	---

	DIAGNÓSTICO VII: Risco de Queda Presente, em Grau Elevado, devido a hemiparésia e equilíbrio comprometido. OBJETIVO(S): Diminuir Risco de Queda (Score 75 na Escala de Morse) Prevenir a queda (internamento e domicílio)	
Espaço temporal: 06/01/2020 a 24/01/2020	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
	<p>Assegurar adequada ingestão de alimentos e líquidos, de modo a repor a volémia;</p> <p>Avaliar sistema muscular da utente através de instrumentos de avaliação: Força Muscular – Escala de Lower; Tónus Muscular – Escala de Ashworth Modificada Avaliar coordenação motora;</p> <p>Manter treino muscular uma vez ao dia (força e resistência, com enfoque nos músculos da parte superior do corpo).</p> <p>Incentivar o movimento articular ativo;</p> <p>Avaliar equilíbrio (sentada e em pé) – Escala de Berg</p> <p>Realizar treino de equilíbrio na posição ortostática (provocar pequenas oscilações no corpo do utente);</p> <p>Aplicar imobilização pélvica para prevenir a queda;</p> <p>Ensinar medidas de segurança (características do piso, cuidados com tapetes, aconselhar a utilização de sapatosfechados, de sola baixa e de borracha;</p> <p>Treinar/ Ensinar gestão de energia: alternar períodos de atividade com períodos de repouso;</p> <p>Quando possível, introduzir dispositivo de marcha – andador, e treinar técnica de marcha com dispositivo auxiliar de marcha.</p>	<p>Inicialmente, dia 07/01, apresentava desequilíbrio, principalmente na posição ortostática, havendo, portanto, um risco elevado de quedas e acidentes.</p> <p>Neste dia iniciou o levante e transferência para cadeira de rodas, com apoio bilateral, mantidas medidas de segurança.</p> <p>A segurança da utente na execução das intervenções foi sempre tida em máxima consideração ao longo do programa de RFM.</p> <p>Além disso, doente foi sempre incentivado e aconselhado a não tentar “aventurar-se” em demasia na realização dos seus autocuidados, e demonstrei sempre disponibilidade para auxilia-lo.</p> <p>13.01- Equilíbrio estático mantido mas com alterações ainda do equilíbrio dinâmico.</p> <p>23/01- Foi dado início aos ensinamentos, incluindo a esposa, sobre as medidas de segurança para iniciar a treinar técnica de marcha.</p>

APÊNDICE 2 Folheto - Cuidados à Pessoa com Alterações da Deglutição

No caso de Obstrução da Via Aérea

OBSTRUÇÃO PARCIAL

- Sentar a pessoa e inclinar para a frente
- Incentivar a tossir até resolver a obstrução

OBSTRUÇÃO TOTAL



5 compressões abdominais

ALTERNADO COM



5 palmadas entre as omoplatas

Atenção

**Procure ajuda
dos profissionais de saúde
caso identifique os Sinais e Sintomas que
poderão levar a Complicações**

*Em caso de dúvidas
consulte-nos*

A equipa de saúde está disposta a
colaborar consigo e ajudá-lo a ultrapassar
as suas dúvidas e dificuldades

Elaborado por Humberto Ferreira (Aluno do Curso de Mestrado, área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação) com a colaboração da
Enfermeira Especialista Elisabete Sousa



SÃO JOÃO
HOSPITAL

Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina
CHUSJ, Polo de Valongo

Cuidados à Pessoa com Alterações da Deglutição



2020

Alteração da Deglutição — O que é?

A Alteração da deglutição é a dificuldade em engolir os alimentos, quer líquidos, pastosos ou sólidos.

Sinais e Sintomas

- Tosse ou engasgo quando engole;
- Sensação de que os alimentos ficam presos na garganta ou no peito;
- Sensação de queimadura por detrás do esterno;



- Excesso de saliva;
- “Voz molhada”;
- Regurgitação dos alimentos.

Complicações

- Medo e receio de comer ou de beber;
- Perda de peso;
- Desidratação;
- Má nutrição;
- Aumento de secreções;
- Pneumonia de aspiração

Por isso é importante procurar ajuda quando

- A pessoa está sonolenta;
- Tem Sialorreia (“Baba-se”);



- Não consegue tossir voluntariamente;
- Tem a voz “húmida ou molhada”;

Medidas a ter em Atenção

- Assegurar a higiene oral;
- Ausência de dentes ou próteses desajustadas;
- A consistência dos alimentos;
- Sentar a pessoa;



Se a Pessoa Vomitar Deve:

- Voltar a pessoa de lado imediatamente;
- Fazer a Higiene Oral;
- Se vômitos persistentes contactar o 112

APÊNDICE 3 Projeto de Intervenção Profissional

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Projeto de Intervenção Profissional: Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Reabilitação

Identificação da estudante: Humberto Carlos de Carvalho Ferreira

Instituição de origem: Enfermeiro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade de Medicina Lagos

Contactos: Telefone: 919088238; E-mail: humbertoferreira1986@gmail.com

Identificação do Orientador: Professor Rogério Ferrinho Ferreira

Entidade de Origem: Universidade de Beja

Contactos: Telefone: 962045846; E-mail: ferrinho.ferreira@ipbeja.pt

Identificação do Enfermeiro Supervisor: Mestre em Enfermagem de Reabilitação Elisabeth Sousa

Entidade de Origem: Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S. João , Polo de Valongo

Título: Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Deglutição Comprometida

Contexto do projeto: A presente proposta de projeto de estágio surge na sequência do solicitado no planeamento da Unidade Curricular referente ao Relatório, no âmbito do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que decorrerá na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina Centro Hospitalar Universitário S. João, Polo de Valongo, no período de 04 de novembro 2019 a 06 março de 2020, com 648 horas totais.

1. Resumo

Enquadramento: A Unidade de Internamento de Cuidados Prolongados/ Medicina, tem uma capacidade para 24 clientes. É constituída por uma equipa multidisciplinar e as situações mais frequentes que motivam o internamento são: a insuficiência cardíaca descompensada e insuficiência respiratória, infeções respiratórias, doenças neurológicas, com destaque para o AVC e patologias do foro oncológico. Os clientes internados nesta Unidade apresentam na sua maioria, idades superiores a 70 anos e um grau de dependência na satisfação das suas atividades de vida diárias moderado a elevado.

O aumento da esperança média de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e o acesso a cuidados de saúde atempados e adequados traduziram ao longo dos anos ganhos na saúde da população portuguesa. No entanto, apesar destes ganhos terem vindo a ser amplamente demonstrados, atualmente deparamo-nos com o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas e incapacitantes que requerem continuidade de cuidados, nomeadamente de reabilitação, e outros cuidados de saúde que vão de encontro às necessidades do utente a médio e a longo prazo (Rice, 2004). Portanto, atualmente as doenças agudas e infecciosas deixaram de ser as principais problemáticas de saúde pública para cederem a sua posição a doenças crónicas e com forte impacto na Qualidade de Vida das pessoas.

Tendo em linha de conta o perfil de clientes que estão na base da maior parte dos internamentos, considera-se que constituem o substrato de atuação no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação exige especificidade, rigor e conhecimentos técnico-científicos, baseados na evidência, que associam saberes de diferentes áreas, e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, encontrando-se integrados no sistema de saúde. Estes requerem formação específica adequada e sem esta, não é possível a prática deste tipo de cuidados, que “têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2011, p. 5).

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação assumem assim, uma área de intervenção especializada, tendo como um dos focos centrais a prevenção de complicações, maximização das capacidades e a promoção da qualidade de vida (OE, 2011).

Nesta ótica, a Enfermagem de Reabilitação é transversal a muitas áreas de atuação, assumindo um papel preponderante na e no que concerne à pessoa com disfagia. Esta problemática afeta a vida da pessoa direta e indiretamente, o que leva a complicações não só de origem biológica, mas também psicológica e social (Bomfim, Chiari & Roque, 2013). Fatores como a idade avançada, género masculino, institucionalização, redução da função cognitiva, alimentação entérica, deficiências neuromusculares, prevalência de doenças associadas e polimedicação são alguns fatores de risco associados à disfagia.

A salientar que em mais de 20% dos idosos saudáveis ocorrem queixas de disfagia com alteração na fase oral e faríngea da deglutição, sendo que estudos realizados com idosos saudáveis, ou sem queixas relativas à deglutição, 40% relataram disfagia em alguma fase da vida (Roy, Stemple, Merrill & Thomas, 2016). Na presença de doença cerebrovascular esta frequência aumenta significativamente, podendo atingir 81% (Martino, Foley, Bhogal, & Teasell, 2006).

Bastos (2014) refere que a disfagia pode resultar numa redução da qualidade de vida dos utentes internados e em casos extremos levar à morte. Desta forma torna-se de extrema importância a deteção precoce de casos de disfagia, por risco de associadas. Segundo Ferreira (2017), a evidência científica defende que a deteção precoce da disfagia reduz complicações e os custos globais de saúde.

Das oito categorias dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, salienta-se a prevenção de complicações para a saúde dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assente na prevenção de complicações, implementou-se um instrumento de avaliação do risco da disfagia, a escala GUSS (Gugging Swallowing Screen) (**Anexo 1**) na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina. A avaliação da disfagia e a aplicação de intervenções imediatas pode reduzir o desenvolvimento de complicações secundárias e melhorar a sua qualidade de vida.

A escala GUSS foi validada para o contexto português para o utente em fase aguda e, demonstrou ser uma ferramenta válida na identificação precoce das perturbações de deglutição. Dados de um estudo quantitativo, descritivo transversal retrospectivo para identificar os eventos adversos utilizando a metodologia Global Trigger Tool (GTT), permitiu analisar e comparar dados relacionados com a pneumonia de aspiração no serviço após implementação da escala GUSS, como medida de melhoria continua. Deste estudo, aferiu-se que antes de implementar a escala GUSS, 7,7% (n=6) dos danos que contribuíram para a morte do utente estavam relacionados com

pneumonia de aspiração, sendo que um ano após a sua aplicabilidade os casos da pneumonia de aspiração que conduziam à morte dos utentes, diminuíram para 3,3%.

Tendo em conta o supracitado, não existe qualquer dúvida que os profissionais de saúde têm uma responsabilidade acrescida pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de qualidade.

Agora identificados os utentes com disfagia, torna-se necessário dar continuidade à investigação dos problemas associados à pessoa com disfagia, pelo que se pretende aplicar o questionário sobre Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição à pessoa idosa. Da pesquisa da literatura, o questionário Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) (**Anexo 2**) é o instrumento que mais se adequa por permitir medir os sintomas específicos associados à severidade da disfagia, e à posteriori monitorizar a eficácia da reabilitação na perspetiva do utente com a aplicação do questionário *Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders* (SWAL-CARE) (**Anexo 3**).

O instrumento (SWAL-QOL) é composto por 44 itens, e avalia onze domínios : deglutição como um “peso”, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, função social, sono e fadiga. A pessoa responde sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta entre elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente) é utilizado o sistema de Likert. O resultado final é a soma dos valores obtidos na pontuação de cada domínio. A pontuação varia de 0 a 100, sendo que quanto mais baixa se apresentar, pior a qualidade de vida relacionada com a disfagia.

O instrumento SWAL-CARE é de fácil de compreensão e de preenchimento rápido de aproximadamente de 10 minutos na sua versão original.

Objetivos: Assim, o projeto de intervenção profissional a desenvolver durante o Estágio Final tem como objetivos:

- ✓ Identificar a pessoa com risco de disfagia com aplicação/utilização da escala de GUSS;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida relacionada com a deglutição comprometida através da aplicação do questionário SWAL-QOL antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação;

- ✓ Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa com deglutição comprometida;
- ✓ Avaliar a satisfação da pessoa com deglutição comprometida aos cuidados de saúde, com aplicação do questionário *Quality of Care in Swallowing Disorders* (SWAL-CARE), antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação;
- ✓ Identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação, Qualidade de Vida, Disfagia; Idoso

2. Plano

Metodologia: neste estudo, pretende-se adotar a tipologia descrita por Kumar (2005). A investigação, independente do domínio do conhecimento, pode ser classificada do ponto de vista dos objetivos, segundo três perspetivas: sua aplicação (pesquisa aplicada), seus objetivos (descritivo, correlacional, exploratório ou explicativo), seu modelo de pesquisa quantitativo. Assim, de acordo com esta tipologia pretendemos realizar uma pesquisa aplicada, de abordagem descritiva e quantitativa.

No projeto os critérios de inclusão para o mesmo, serão os utentes internados na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina CHUSJ, Polo de Valongo, com idade superior a 65 anos e com risco de disfagia, identificada através da escala GUSS. A amostragem será, uma amostragem de conveniência.

Instrumentos de Colheita de Dados: Como instrumentos de colheita de dados serão aplicadas a escala de GUSS e o questionário SWAL-QOL.

Participantes: Pessoas idosas internadas na Unidade de Cuidados Prolongados/Medicina CHUSJ, Polo de Valongo, no período de 04 de novembro a 31 de janeiro de 2020.

Procedimentos de recolha de dados: O estudo será realizado no período de 4 de novembro a 31 de janeiro de 2020, com a aplicação da escala de GUSS e do questionário SWAL-QOL.

A sua avaliação irá permitir a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos quais se estabelecerá um plano individual de cuidados. A implementação desse mesmo plano decorrerá com supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Tratamento de Dados: O tratamento estatístico dos dados será elaborado através da análise estatística descritiva para a caracterização da amostra através das frequências, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Considerações éticas: Ética é a ciência e arte de dirigir a conduta, de definir o que é o bem e o mal. Está presente em todos os procedimentos humanos, pois encontra-se subjacente à conduta humana. Na investigação a Ética tem um papel importante, pois quando esta é realizada com humanos pode levantar questões morais ou éticas. Nesse caso existem limites que não devem ser ultrapassados. Fortin (2009) define cinco princípios/direitos fundamentais, determinados pelo código de ética, aplicáveis aos participantes numa investigação: Direito à autodeterminação, Direito à intimidade, Direito ao anonimato e à confidencialidade, Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e Direito a um tratamento justo e equitativo.

A realização de qualquer investigação implica, por parte dos investigadores, o cumprimento de princípios ou direitos fundamentais dos sujeitos da investigação, determinados pelo código deontológico. Nesta perspetiva elaborou-se um requerimento ao Conselho de Administração do CHUSJ, de forma a obter o consentimento para realização do presente estudo e o consentimento informado (**Anexo 4**), o que permitirá aos participantes do estudo a liberdade de escolha na participação do estudo e oportunidade de esclarecimento sobre o mesmo.

Custos e recursos: A realização deste estudo não envolve custos para a instituição. A elaboração do estudo será feita por um investigador.

3. Cronograma

Atividades	Período de Tempo (Expresso em meses e semanas)																			
	2019								2020											
	Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Pesquisa bibliográfica																				
Planificação do Plano de Intervenção																				
Implementação e Avaliação do Plano de Intervenção																				

ANEXO

ESCALA GUSS (Gugging Swallowing
Screen) VERSÃO PORTUGUESA

Instrumento de Triagem da Disfagia

1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
Tosse voluntária e/ou <i>clearence</i> Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
Deglutição de Saliva		
• Deglute com êxito	1	0
<input type="checkbox"/> Sialorreia	0	1
• Mudança vocal	0	1

TOTAL

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

2ªFASE - Teste direto da deglutição

	*Pastoso→	**Líquidos→	***Sólidos
DEGLUTIÇÃO			
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
SIALORREIA			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ Ouvir a voz do utente antes e após de engolir – deve falar: “Oh”			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido	Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar sólido	Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal

+

RESULTADOS/score	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20 SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas	Sem disfagia Risco mínimo de aspiração	Dieta normal Líquidos - sem restrição Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino
15-19 Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos Sólido mal sucedido	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	Dieta pastosa • Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala
10-14 PASTOSA bem sucedida LÍQUIDOS mal sucedidos	Disfagia Moderada existe risco de aspiração	Dieta: • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia Fala Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral
0-9 PASTOSA mal sucedida	Disfagia Grave Alto risco de aspiração	NPO (nada por via oral) • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral

ANEXO

SWAL-QOL-PT

Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição

Versão portuguesa do SWAL-QOL Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS, & D. Earl Bricker, MS (2002)

Adaptado por Eva Bolle Antunes, SLP e Daniela Vieira, SLP (2009)

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar de que modo o seu problema em engolir tem afetado a sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	(3)	4	5

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	(2)	3	4	5

Nota Importante:

Sabemos que pode ter vários problemas físicos. Por vezes, torna-se difícil separá-los das dificuldades em engolir, mas esperamos que se consiga concentrar **apenas** no seu **problema em engolir**. Obrigado pelo seu esforço em completar este questionário.

14. Apresentam-se, de seguida, afirmações que pessoas com **problemas em engolir** podem produzir. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
É muito difícil lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir é um grande estorvo na minha vida.	1	2	3	4	5

15. Apresentam-se, de seguida, afirmações sobre a alimentação diária ditas por pessoas com **problemas em engolir**. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
Na maioria dos dias não me importo se como ou se não como.	1	2	3	4	5
Demoro mais tempo a comer do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Raramente tenho fome.	1	2	3	4	5
Demoro imenso tempo a comer uma refeição.	1	2	3	4	5
Já não sinto prazer em comer.	1	2	3	4	5

16. Apresentam-se, de seguida, alguns problemas físicos sentidos por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses problemas em consequência das suas dificuldades em engolir.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tossir.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao comer alimentos.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao beber líquidos.	1	2	3	4	5

Ter saliva ou expetoração espessas.	1	2	3	4	5
Vontade de vomitar.	1	2	3	4	5
Babar-me.	1	2	3	4	5
Problemas em mastigar.	1	2	3	4	5
Ter muita saliva ou expetoração.	1	2	3	4	5
Ter de limpar a garganta (pigarrear).	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na garganta.	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pela boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	1	2	3	4	5

17. De seguida, responda o **quanto concorda** com cada uma das afirmações sobre o modo como o seu **problema em engolir** afectou a sua dieta e alimentação no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso e o que não posso comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil encontrar comida que eu goste e que ao mesmo tempo possa comer.	1	2	3	4	5

18. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem sobre comunicação se aplicaram a si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
As pessoas têm bastante dificuldade em compreender o que digo.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil para mim falar com clareza.	1	2	3	4	5

19. Apresentam-se, de seguida, algumas preocupações mencionadas por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses sentimentos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Alguma s vezes	Quase nunca	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando como alimentos.	1	2	3	4	5
Tenho medo de apanhar uma pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar quando bebo líquidos.	1	2	3	4	5
Nunca sei quando me vou engasgar.	1	2	3	4	5

20. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem **foram verdadeiras** para si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre verdade	Frequente-mente verdade	Alguma s vezes verdade	Raramente verdade	Nunca verdade
O meu problema em engolir deprime-me.	1	2	3	4	5
Ter de ter muitos cuidados a comer ou a beber aborrece-me.	1	2	3	4	5
Sinto-me desencorajado devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir frustra-me.	1	2	3	4	5
Fico impaciente ao lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

21. Pense na sua vida social no último mês. Refira o **quanto concorda** com cada uma das afirmações que se seguem.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Não vou comer fora por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir dificulta a minha vida social.	1	2	3	4	5
O meu trabalho ou as minhas atividades de lazer alteraram-se por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
As situações sociais (como férias ou festas) não são agradáveis por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

O meu papel com familiares e amigos modificou-se devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

22. No último mês, **com que frequência** sentiu cada um dos seguintes sintomas físicos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
Sentir-me cansado.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em ficar a dormir.	1	2	3	4	5
Sentir-me exausto.	1	2	3	4	5

23. Actualmente, come ou bebe através de uma sonda de alimentação?

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Não 1

Sim 2

24. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência ou textura dos alimentos que comeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Dieta completamente normal, com uma grande variedade de alimentos, incluindo alimentos difíceis de mastigar como bifes, cenouras, pão, salada e pipocas.
B	Alimentos moles e fáceis de mastigar como estufados, fruta de conserva, legumes cozidos, carne picada ou sopas passadas.
C	Alimentos que tenham sido triturados por uma varinha mágica ou picadora, como coelho em puré.
D	A maior parte da alimentação é feita através de sonda, comendo por vezes gelados, pudins, compotas, ou outros alimentos saborosos.
E	Toda a alimentação é feita através de sonda.

25. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência dos líquidos que bebeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Bebe líquidos como água, leite, chá, sumo de fruta e café.
B	A maior parte dos líquidos são espessos, como néctar de pêssago. Esses líquidos espessos escorrem lentamente da colher quando virada para baixo.
C	Os líquidos são moderadamente espessos. São líquidos difíceis de beber por uma palha, como é o caso dos batidos espessos, ou que escorrem muito lentamente, gota-a-gota, da colher quando virada para baixo, como o mel.
D	Os líquidos são muito espessos, ficando agarrados à colher quando virada para baixo, como pudim.
E	Não bebe líquidos pela boca ou apenas está limitado a pedaços de gelo.

26. No geral, considera que a sua saúde é:

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Má-----	1
Razoável-----	2
Boa-----	3
Muito boa-----	4
Excelente-----	5

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE QUESTIONÁRIO!

ANEXO 3

SWAL-CARE-

Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde nas Perturbações de

Versão portuguesa do SWAL-CARE Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS, & D. Earl Bricker, MS (2002)

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar o que sente sobre os cuidados de saúde que recebe devido ao seu problema em engolir.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. Como avalia os conselhos que recebeu sobre:

	Mau	Razoável 1	Bom	Muito Bom	Excelente	Notável
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. Como avalia os conselhos que recebeu sobre:

	Mau	Razoável 1	Bom	Muito Bom	Excelente	Notável
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6

SWAL-CARE-PT

Os terapeutas da deglutição são os profissionais de saúde que cuidam dos seus problemas em engolir (por exemplo, terapeutas da fala). Eles podem dar-lhe conselhos sobre como engolir de modo mais fácil e seguro. Podem também observá-lo enquanto come ou bebe. Podem tirar-lhe um raio-X enquanto fazem isso. No entanto, estes profissionais nunca receitam medicamentos. Quando responder às questões que se seguem, pense apenas nestas pessoas.

1. Pense nos conselhos que o terapeuta da deglutição lhe possa ter dado. Como avalia os conselhos que recebeu nas seguintes áreas:

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Mau	Razoável 1	Bom	Muito Bom	Excelente	Excepcio nal
Comidas que devo comer.	1	2	3	4	5	6
Comidas que devo evitar.	1	2	3	4	5	6
Líquidos que devo beber.	1	2	3	4	5	6
Líquidos que devo evitar.	1	2	3	4	5	6
Técnicas que ajudem a comida a descer.	1	2	3	4	5	6
Técnicas que ajudem a evitar engasgar-me.	1	2	3	4	5	6
Quando devo contactar um terapeuta da deglutição.	1	2	3	4	5	6
Objectivos do tratamento para o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5	6
As minhas opções de tratamento.	1	2	3	4	5	6

O que fazer se começar a engasgar-me.	1	2	3	4	5	6
Sinais de que não estou a comer ou a beber o suficiente.	1	2	3	4	5	6


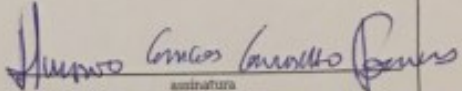
2. Estamos interessados nos seus sentimentos, **bons e maus**, sobre os cuidados que tem recebido dos terapeutas da deglutição. Nos últimos 3 meses, quantas vezes sentiu que:

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Nunca	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
Tinha confiança nos seus terapeutas da deglutição.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição explicaram-lhe tudo sobre o seu tratamento.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição passaram tempo suficiente consigo.	1	2	3	4
Os seus terapeutas da deglutição colocaram as suas necessidades em primeiro lugar.	1	2	3	4

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE QUESTIONÁRIO!

ANEXO 4

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE	
PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA	
 SÃO JOÃO	
<small>Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)</small>	
Designação do Estudo (em português)	
" Contributo da Enfermagem de Reabilitação na Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Disfagia "	
Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.	
Informação escrita em anexo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim (Nº de páginas <u>7</u>)	
O Investigador responsável	
Nome: <u>Humberto Carlos de Carvalho Ferreira</u>	 assinatura
Identificação do participante	
Nome: _____	
BI/ CC nº: _____	
Participante/ Representante legal	
· Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.	
· Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.	
· Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.	
· Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.	
Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.	
Data: ____/____/____	_____ assinatura
Nome (Pais/Representante legal): _____	
BI/ CC nº: _____	Grau de parentesco: _____
Data: ____/____/____	_____ assinatura

APÊNDICE 4 Resumo do Artigo

Questionário SWAL-QOL na avaliação da Qualidade de Vida dos utentes com Disfagia: Uma Revisão Sistemática de Literatura

Humberto Ferreira ¹, Rogério Ferrinho Ferreira², Alexandra Ferreira ³, Ludmila Pierdevara³

¹Escola Superior de Saúde IP Portalegre, Portalegre, Portugal

²Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal

³Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Lagos, Lagos, Portugal

RESUMO

A deglutição é um dos processos fisiológicos mais importantes para o ser humano, pois é através desse processo que o indivíduo consegue o equilíbrio nutricional necessário para a vida além do prazer que a alimentação lhe oferece.

A disfagia é um mecanismo fisiopatológico, que consiste num distúrbio da deglutição caracterizado por alterações em qualquer fase e/ou entre as fases da dinâmica da deglutição, que pode ser congénita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico. Esta é a maior causa de morbilidade e mortalidade e pode causar complicações como a desnutrição, desidratação e complicações respiratórias, bem como na integração social do indivíduo, colocando em risco a Qualidade de Vida (QV), especialmente em pessoas idosas.

Vários estudos vieram afirmar que distúrbios da deglutição demonstraram ter um grande impacto na QV global da pessoa, sendo importante instrumentos para o rastreio da disfagia e avaliar a sua QV.

No que concerne à QV, segundo a pesquisa realizada, o instrumento mais utilizado no utente com disfagia foi o *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL).

Palavras-chave: Alterações da deglutição; Disfagia; Qualidade de Vida